



„În timp ce părinții pot să-și vadă planurile în lumina rațiunii, logicii și necesității practice, copilul le experimentează în termenii realității sale psihice, adică, conform complexelor adecvate fazei de dezvoltare, afectelor, angoaselor și fantasmelor ce se trezesc în el. Astfel, devine o sarcină a analistului aceea de a reliefa părinților discrepanțele care există între interpretările adultului și cele ale copilului asupra evenimentelor și să le explice pe cele din urmă pe baza modurilor și nivelelor de funcționare speciale care sunt caracteristice minții infantile.”

„Ar trebui oare ca mama unui bebeluș să îi aibă singură de grijă și implică oare introducerea unui substitut de mamă, de orice fel, o amenințare la adresa dezvoltării sale? În cazurile în care ea este singura care îngrijește copilul, când își poate permite, prima dată, să părăsească copilul pentru o scurtă perioadă, în beneficiul unei vacanțe, pentru soțul său, pentru copiii mai mari, pentru părinții săi etc? Care sunt avantajele hrănirii la sân față de hrănirea cu biberonul, sau hrănirii la cerere față de hrănirea după program? Care este vârsta potrivită pentru începutul educației sfinteriene? La ce vârstă beneficiază realmente copiii de implicarea altor adulți sau colegi de joacă? Care este vârsta potrivită pentru a intra la grădiniță? (...) Ce tip de școală (obișnuită sau speci-ală) este mai potrivită cărui tip de copil? Când ar trebui introduse lămuririle despre sexualitate? Există o vârstă la care venirea pe lume a unui frățior/surioară este mai ușor suportată decât într-un alt moment?”

„Anumiți copii fug de acasă pentru că sunt maltratați, sau pentru că nu sunt legați de familiile lor prin legăturile emoționale uzuale; sau fug de la școală sau evită școala pentru că se tem de profesor sau de colegi, sau pentru că performanța lor școlară este slabă, sau pentru că se așteaptă la critică, pedeapsă etc. (...) Ei se află sub dominația unei necesități inconștiente care îi îndeamnă să umble după o țintă imaginară, de regulă un obiect pierdut din trecut, adică, deși descriptiv ei fug *de* mediu, într-un sens mai profund, ei fug *de* o anumită fantasmă. În cazul lor, nu gestionarea sau ameliorarea mediului, ci doar descoperirea dorinței inconștiente, va îndepărta simptomele.”



ISBN 973-85683-3-1

Foto Anna Freud  
© Paterson Marsh Ltd  
on behalf of the Estate of Anna Freud

Normal și patologic la copil

Anna Freud

EFG

*Psihanaliza copilului și adolescentului*

**Anna Freud**

## Normal și patologic la copil

*Evaluări ale dezvoltării*

*Editura Fundației Generația*

*Psihanaliza copilului și adolescentului*

Anna Freud

Normal și patologic la copil  
*Evaluări ale dezvoltării*

Traducere din limba engleză  
Claudia Alecu  
Cătălin Popescu



*EFG*

Coperta  
David Horea Șandor

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**  
**FREUD, ANNA.**

**Normal și patologic la copil** / Anna Freud;  
trad.: Claudia Alecu, Cătălin Popescu. - București: Editura Fundației  
Generația, 2002.

218 p.; 19 cm. - (Psihanaliza copilului și adolescentului; 4)

ISBN 973-85683-3-1

I. Alecu, Claudia (trad.)  
II. Cătălin, Popescu (trad.)

159.964.2:159.922.7

ANNA FREUD  
NORMALITY AND PATHOLOGY IN CHILDHOOD  
copyright ©1965 by Anna Freund.  
Published by arrangement with Paterson Marsh Ltd and W. Ernest  
Freud.

Carte publicată cu sprijinul fundației  
Aktion Kleiner Prinz

© Editura Fundației Generația pentru versiunea românească, 2002  
ISBN 973-85683-3-1

**Normal și patologic la copil**

**Evaluări ale dezvoltării**

## Cuprins

Mulțumiri .....	11
Introducere .....	13
Bibliografie .....	22
Cuvânt înainte la ediția din 1980 .....	23

### Capitolul 1 Viziunea psihanalitică asupra copilăriei: de la distanță și din prim plan

Reconstrucții din analize ale adulților și aplicații ale acestora .....	25
Apariția analizei copilului și consecințele sale .....	29
Observarea directă a copilului în serviciul psihologiei psihanalitice a copilului .....	30
<i>Concentrarea exclusivă a analistului     asupra profunzimilor ascunse .....</i>	31
<i>Derivatele inconștientului ca material de observație .....</i>	33
<i>Mecanismele de apărare ca material de observație .....</i>	34
<i>Elemente ale comportamentului din copilărie     ca material de observație .....</i>	35
<i>Eul sub observație .....</i>	38

### Capitolul 2 Relațiile între analiza copilului și analiza adultului

Principiile terapeutice .....	41
Tendențele curative .....	42
Tehnică .....	43
<i>Absența asocierii libere .....</i>	44
<i>Interpretare și verbalizare .....</i>	45
<i>Rezistențele .....</i>	47
<i>Transferul .....</i>	49
Analistul de copii ca un obiect nou .....	50
Analistul de copii ca obiect al transferului libidinal și agresiv .....	51
Analistul de copii ca obiect pentru externalizare .....	53
Dependența infantilă ca un factor în analiza copilului și adultului .....	54



<i>Dependența ca un factor în analiza adultului</i> .....	55
<i>Dependența ca un factor în analiza copilului</i> .....	56
<i>Studii recente despre dependență</i> .....	58
Echilibrul între forțele interne și externe în concepția analistului de copii și a celui de adulți .....	59

### Capitolul 3

#### Evaluarea dezvoltării normale a copilului

##### I

Detectarea timpurie a agenților patogeni; profilaxie și prognostic .....	62
Traducerea evenimentelor externe în experiență internă .....	63
Patru zone de diferență între copil și adult .....	65

##### II

Conceptul de linii de dezvoltare .....	67
<i>Prototip al unei linii de dezvoltare:</i> <i>De la dependență la autonomie relațională și relații adulte cu</i> <i>obiectul</i> .....	69
<i>Câteva linii de dezvoltare către independența corporală</i> .....	72
De la supt la alimentația rațională .....	73
De la udat și mănjit, la controlul vezical și intestinal .....	75
De la iresponsabilitate la responsabilitate în gestionarea corpului .....	77
<i>Alte exemple de linii de dezvoltare</i> .....	79
De la egocentrism la relaționare .....	79
De la corp la jucărie și de la joacă la muncă .....	80
<i>Corespondența între liniile de dezvoltare</i> .....	84
<i>Aplicații: intrarea la grădiniță drept ilustrare</i> .....	86
Stadiul necesar pe linia „de la dependență la autonomie emoțională” .....	87
Stadiul necesar pe linia către independența corporală .....	88
Stadiul necesar pe linia către relaționare .....	88
Stadiul necesar pe linia de la joc la muncă .....	89

##### III

Regresia ca principiu în dezvoltarea normală .....	90
<i>Trei tipuri de regresie</i> .....	91
<i>Regresia pulsională și cea a dezvoltării libidinale</i> .....	92
<i>Regresia în dezvoltarea Eului</i> .....	94
Regresii temporare ale Eului în dezvoltarea normală .....	94

Deteriorarea funcționării procesului secundar în starea de veghe a copiilor .....	95
Alte moduri ale regresiei Eului sub stres .....	97
Regresiile Eului ca rezultate ale activității defensive .....	98
<i>Regresii ale pulsionii și ale Eului, temporare și permanente</i> .....	99
<i>Regresia și liniile de dezvoltare</i> .....	100

### Capitolul 4

#### Evaluări ale patologiei

##### Partea I

#### Câteva aprecieri generale

Evaluări descriptive <i>versus</i> evaluări metapsihologice .....	103
Terminologia statică <i>versus</i> cea de dezvoltare .....	106
<i>Minșitul</i> .....	106
<i>Furatul</i> .....	107
Criterii de evaluare a severității bolii .....	109
Evaluarea în funcție de dezvoltare și implicațiile acesteia .....	113
<i>Progresul inegal al pulsionilor și al Eului</i> .....	114
<i>Dizarmonia între liniile de dezvoltare</i> .....	115
<i>Regresii permanente și consecințele lor</i> .....	116
Evaluarea după tipul de angoasă și de conflict .....	119
Evaluarea în funcție de caracteristicile generale .....	120
<i>Toleranța la frustrare și potențialul de sublimare</i> .....	121
Stăpânirea angoasei .....	122
<i>Tendințe regresive versus tendințe progresive</i> .....	123
Un profil metapsihologic al copilului .....	124
<i>Schiță de profil diagnostic</i> .....	125

### Capitolul 5

#### Evaluarea patologiei

##### Partea a II-a

#### Câteva stadii infantile premergătoare ale psihopatologiei adultului

Nevrozele infantile .....	132
Tulburările dezvoltării .....	136
<i>Presiuni externe</i> .....	137
<i>Presiuni interne</i> .....	138
Tulburări ale somnului .....	139

Tulburări ale alimentației .....	140
Fricile arhaice .....	141
Tulburările de comportament ale copilului care începe să meargă .....	142
O fază obsesională tranzitorie .....	142
Tulburări ale fazei falice, preadolescență și adolescență .....	143
Dissocialitate, delincvență, infracționalitate drept categorii diagnostice la copil .....	144
<i>Factorul vârstă în dezvoltarea socială.</i>	
<i>Punctul de vedere legal și cel psihologic .....</i>	144
<i>Nou-născutul, ca o lege pentru el însuși .....</i>	147
<i>Mama care are grijă, ca prim legiuitor .....</i>	147
<i>Controlul extern extins asupra pulsionilor .....</i>	148
<i>Internalizarea controlului pulsional extern .....</i>	148
Principiile funcționării psihice și rolul lor în socializare .....	149
Dezvoltarea funcționării Eului ca o condiție preliminară a socializării .....	150
Mecanisme ale Eului ce favorizează socializarea ulterioară .....	151
Atribute ale Sinelui ca obstacole în calea socializării .....	152
<i>Eșecuri ale socializării .....</i>	155
<i>Trecerea de la standardele familiale la cele ale comunității .....</i>	157
Homosexualitatea ca o categorie diagnostică în tulburările copilului .....	159
<i>Alegerea de obiect: factorul vârstă .....</i>	160
<i>Prognostic versus reconstrucție .....</i>	164
<i>Homosexualitatea, favorizată sau prevenită de pozițiile     dezvoltării normale .....</i>	167
Alte perversiuni și dependențe drept categorii diagnostice la copil .....	169
<i>Dependența .....</i>	172
<i>Transvestismul .....</i>	173
<i>Fetișismul .....</i>	176
<i>Prognosticul asupra evoluției .....</i>	180

## Capitolul 6

### Posibilitățile terapeutice

Terapia psihanalitică clasică pentru adulți: extindere și definiție .....	182
Terapia psihanalitică pentru copii: principiile sale .....	183
Conflictul intrapsihic în analiza copilului .....	184
Conflictele „normale” ale copilăriei și analiza .....	184
Tulburările de dezvoltare și analiza .....	185
Nevrozele infantile având ca indicație terapeutică analiza .....	185

O subspecie a nevrozelor infantile în analiză .....	189
Rezumat .....	191
<i>Terapia tulburărilor non-nevrotice .....</i>	191
Elementele terapeutice din psihanaliză .....	192
Selectarea elementelor terapeutice în funcție de categoria diagnostică ....	193
Concluzii .....	196
Index .....	199
Bibliografie .....	205

## Mulțumiri

De vreme ce esența acestei cărți se bazează pe constatări clinice câștigate în diverse departamente ale Clinicii de Terapia Copilului din Hampstead, sunt deosebit de recunoscătoare d-rei Helen Ross, dr. Muriel Gardiner, și dr. K. R. Eissler pentru faptul de a fi fondat, găzduit și ajutat neobosit această organizație. Mulțumesc de asemenea: Field Foundation, Foundations Fund for Research in Psychiatry, Freud Centenary Fund, Grant Foundation, Flora Haas Estate, Newland Foundation, Old Dominion Foundation, William Rosenwald Family Fund, Taconic Foundation, instituții care m-au susținut cu generozitate de-a lungul anilor.

Sunt de asemenea recunoscătoare analiștilor și terapeuților de copii ai Clinicii pentru faptul de a-mi fi pus la dispoziție material din analizele lor.

Un fragment din această carte, "Profil metapsihologic al copilului" (inclus în Capitolul 4) a fost prezentată la Institutul Național de Sănătate Mentală din Washington, în 1961, ca posibilă bază de cercetare viitoare în Clinica Hampstead și, de asemenea, un proiect de cercetare sub titlul „Evaluări ale patologiei în copilărie” a fost de atunci susținut de Public Health Service Grant nr. M-5683, MH (1,2,3). Alte secțiuni ale cărții care au fost realizate în cadrul acestui proiect sunt: „Conceptul liniilor de dezvoltare” (în Capitolul 3) și „Dissocialitate, Homosexualitate, Perversiuni drept categorii diagnostice la copil” (în Capitolul 5).

Secțiunile „Evaluări ale tulburărilor din copilărie” și „Conceptul de linii de dezvoltare” au apărut ca și comunicări preliminare în *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. XVII, iar „Regresia ca principiu în dezvoltarea psihică” în *Bulletin of the Meninger Clinic*, vol. 27.

## Introducere

Pentru cititorul cu o educație generală și interes în psihanaliză, la fel de bine ca și pentru profesionistul care lucrează cu copii sau adulți, *Normal și patologic la copil* este incontestabil cea mai importantă carte a Annei Freud. Este adevărat că și *Eul și mecanismele de apărare* (1936) ocupă un loc special în istoria psihanalizei și poate că și în mintea și pe raftul cititorului. Aceasta a apărut și a ajutat la marcarea unui punct până la care avansase psihologia Eului, cu hopuri și sărituri, și, deși autoarea a elaborat și extins de atunci temele sale principale (Sandler, și alții, 1980), importanța acestora nu a fost diminuată de trecerea timpului. Memorabilele sale ilustrări își exprimă încă înțelesul cu un efect grăitor. Dar lucrarea prezentă, publicată pentru prima oară în 1965, are o semnificație de cu totul altă natură. Dacă astăzi, după atâția ani de la publicare sa inițială, mi s-ar permite să posed doar o singură carte de psihologie psihanalitică a copilului, aceea ar fi *Normal și patologic la copil*. Nici o altă lucrare nu prezintă atât de comprehensiv dezvoltarea normalului și patologicului. *Normal și patologic la copil* o face fără vreo separare artificială a unuia de celălalt. Este solid bazată pe observare clinică și studiu detaliat. Este remarcabil de compactă, având un stil simplu și elegant; dar ușurința cu care Anna Freud îl introduce pe cititor în lectură, nu poate să ascundă complexitatea celor spuse de ea. Mai mult, poate exista o dispută asupra creației celei mai importante a Annei Freud, care nu ar fi vreuna dintre cărți, ci Clinica, pe care ea a condus-o timp de peste treizeci de ani. Ceea ce era pe vremuri cunoscut prin prescurtarea familială „Hampstead“ a devenit, după moartea ei în 1982, Centrul Anna Freud; cartea prezentată aici poate fi plasată printre temeliele în timp și spațiu ale evoluției Centrului.

Cronica dezvoltării acestei organizații influente de la precursorarele sale inițiale, Grădinițele de Război Hampstead, a fost deja prezentată altundeva (Yorke și Moran, 1989), dar pentru scopurile prezente trebuie repetate câteva lucruri. Grădinițele de Război au fost înființate pentru îngrijirea în regim de internat a copiilor ale căror familii erau despărțite — unele irevocabil — de condițiile din timpul războiului. Dar Grădinițele

nu au furnizat doar un serviciu special, ci și o ocazie de studiu prin observații meticuloase și înregistrări atente ale aspectelor semnificative ale dezvoltării copilului și a impactului asupra copiilor a traumei implicate de separările de pe vremea războiului. Toate acestea sunt pe larg descrise în două cărți scrise de Anna Freud și Dorothy Burlingham: *Children in Wartime* (Copii în vremea războiului) (1942) și *Infants Without Families* (Bebeluși fără familie) (1944). Atunci când războiul a luat sfârșit și grădinițele au fost desființate, mult din personalul acestora a căutat formare în psihologie sau asistență socială și mulți au fost angajați după război în multe clinici de consiliere a copilului, care începeau să se înfiripe; dar psihoterapia cu copiii pentru care erau solicitați părea să necesite o pregătire mult mai extensivă și mai sistematizată decât simțeau ei înșiși că ar deține și, astfel, au ajuns la convingerea că ar trebui să includă în pregătirea lor și analiza personală. Această presiune a fost exercitată asupra Annei Freud și a colegilor ei psihanaliști și, în 1948, a luat astfel ființă Cursul de Formare în Terapia Copilului din Hampstead, ținut în locuințele profesorilor.

Un curs fără o parte clinică la care să se poată face referiri funcționa cu un handicap considerabil și doar prin generozitatea prietenilor și a altor binefăcători, în special din Statele Unite, a fost cumpărat în cele din urmă un sediu la Maresfield Gardens și a fost stabilit acolo un Centru unde copiii puteau fi evaluați diagnostic, li se putea oferi tratament psihanalitic acolo unde era cazul, se putea studia în interes de cercetare dezvoltarea copilului, iar aceste fundamente au furnizat ceea ce a devenit, extinzându-se dincolo de orice așteptare, cea mai cuprinzătoare organizație de acest fel din lume.

Extinderea a avut loc pe mai multe fronturi. Studiul și înțelegerea dezvoltării normale au fost continuate prin fundarea clinicii Well-Baby, a grupului Mamă-Copil și a Grădiniței de Copii până la cinci ani. Din punctul de vedere al patologiei, un serviciu diagnostic extensiv și intensiv furniza material recent și noi intuiții într-o gamă largă de tulburări la copil. Serviciile de diagnostic înseși au devenit surse de rafinare în nosologia și nosografia psihanalitică, deoarece erau formate grupuri speciale pentru studiul conceptelor clinice și teoretice. Ideea de a organiza un sistem de indexare pentru facilitarea cercetării a fost concepția lui Dorothy Burlingham (co-fondatoare a clinicii), susținută cu entuziasm de Anna Freud, și care a condus la înființarea unui grup Index care a fost prezidat de Profesorul Joseph Sandler. Nevoia de a

rafina și de a revedea gândirea conceptuală asupra chestiunilor psihanalitice, alimentată de Index, a avut ca rezultat în timp producerea unor lucrări semnificative, dintre care multe au continuat să apară de-a lungul anilor în *The Psychoanalytic Study of the Child* (Studiul psihanalitic al copilului).

Dar ceea ce trebuie accentuat în toate acestea este modul unic de a lucra al Annei Freud, care a scos ce era mai bun de la studenți și de la colegii săi, și i-a încurajat să-și cultive și să-și urmeze interesele lor speciale și specializate în cadrul vast al psihologiei psihanalitice a copilului. Au fost înființate multe grupuri de studiu; unele dintre acestea, preocupate de rolul vederii în dezvoltarea normală și înțelegerea celui orb, au derivat din gestul unic al doamnei Burlingham de a crea o grădiniță pentru copii preșcolari orbi. Altele includeau grupuri de studiu pentru așa numiții copii borderline, pentru problemele de delinvență, pentru copiii handicapați fizic și multe altele. Deși Anna Freud nu s-a amestecat niciodată în activitatea acestor grupuri, ea a prezentat cel mai mare interes în ceea ce realizau acestea și era întotdeauna disponibilă pentru consultație. Era susținută în aceasta de sistemul de documentație detaliată inițiat la Grădinițele de Război. În măsura în care tot ceea ce se întâmpla în grupurile de studiu, la fel ca și în evaluarea diagnostică și în tratament, era înregistrat în mod comprehensiv, ea era capabilă, prin aceste raportări, să urmărească în continuare întreaga muncă și să rețină conținuturile lor într-o memorie care ar fi putut fi comparată doar cu a tatălui ei. Dar exista și un alt, nu mai puțin important avantaj în metodă: observațiile strânse din aceste multiple surse erau disponibile pentru folosința întregului colectiv și a tuturor studenților, indiferent de planul de studiu sau cercetare pe care aceștia ar fi dorit să-l urmeze. Obiceiul de a scrie a fost impregnat până și în cei care erau inițial împotriva lui și, transformat într-o obișnuință disciplinată, a condus în mod repetat la contribuții valoroase în literatura de specialitate.

Legătura dintre Curs și Clinică, pe de o parte, și problematica lucrării *Normal și patologic la copil* poate fi deja evidentă, dar momentul apariției celei din urmă nu a fost, cred, întâmplător. Lucrarea a fost scrisă într-un moment în care nosologia psihanalitică luase o întorsătură nouă și revoluționară, o dată cu dezvoltarea profilului diagnostic; iar conceptul liniilor de dezvoltare, care îl completează în multe moduri (cf. Yorke, 1980), și-a dovedit de asemenea valoarea în evaluarea

capacității și gradului de pregătire a copiilor pentru angajarea acestora în noi sarcini și pași înainte — cum ar fi plasamentul într-o grădiniță. Aceste două instrumente psihologice valoroase joacă un rol major în expunerile din carte. Mai mult decât atât, până la acel moment, Indexul fusese pus la punct și un număr substanțial de cazuri tratate analitic fuseseră documentate și clasificate conform cu principiile acestuia — într-un fel care le-a făcut disponibile unui număr crescând de cercetători. Grupul de studiu dedicat orbilor începea să influențeze gestionarea acestui tip de copii și în alte organizații și școli speciale. Clinica Well-Baby și Grădinița erau bazate pe și contribuiau în continuare la înțelegerea normalului. Începuseră să aibă loc studii longitudinale, în pofida tuturor dificultăților implicate de astfel de proiecte, și devenise posibilă calibrarea preciziei evaluărilor inițiale ale copiilor tulburați, prin reevaluări sistematice mai târziu a celor care fuseseră luați în analiză. Deși progresul științific al Clinicii era încă într-o activă dezvoltare în toate domeniile, progresele realizate până la acel moment trebuiau înregistrate și sintetizate în termenii principiilor pe care aceasta era bazată. *Normal și patologic la copil* a redus această masă de detalii la esențial și a rezumat dezvoltările generale într-o formă clară și asimilabilă. Nu s-a intenționat niciodată ca lucrarea să fie un raport detaliat al activităților Clinicii, dar lucrătorii de pretutindeni care au dorit să urmeze direcții similare sau s-au simțit stimulați să facă astfel, au putut să se ralieze avântului său științific, oriunde s-ar fi aflat ei; în același timp, pentru Clinică, funcția unificatoare a lucrării a avut un rol de rampă de lansare pentru dezvoltarea ulterioară. Nimeni nu ar fi putut să ducă la bun sfârșit sarcina pe care Anna Freud și-a asumat-o scriind această lucrare; la câțiva ani după moartea sa, aceasta își îndeplinește scopul inițial și funcționează încă drept un catalizator pentru analiștii de pretutindeni.

Timpul nu a stat însă în loc nici pentru Anna Freud și nici pentru Clinica în care ea a rămas figura centrală. Gândirea fertilă care caracterizează cartea a avut ca rezultat o remarcabilă izbucnire de energie care nu numai că i-a influențat pe colegii săi, dar a condus-o chiar pe Anna Freud în ultimii săi 15 sau 20 de ani de viață către o extindere și o dezvoltare a propriilor contribuții. Nou-veniții cititori ai acestei cărți, ca și cei care o abordează din nou, pot dori de asemenea să arunce o privire la această muncă ulterioară în lumina a ceea ce fusese statuat la acel moment. Poate fi de ajutor a se atrage atenția

asupra unora dintre aceste contribuții ulterioare, astfel ca cititorul să poată trasa pe îndelete acea linie continuă a gândirii care a îmbogățit în permanență psihologia psihanalitică.

Anna Freud a considerat în permanență ca fiind importantă punerea intuițiilor obținute din analiza copiilor în slujba analizei și înțelegerii adulților. Aceasta s-a reflectat într-un număr de lucrări ulterioare. *Some thoughts about the place of psychoanalytic theory in the training of psychiatrists* (Câteva gânduri despre locul teoriei psihanalitice în formarea psihiatrilor) (1966) include o adresare către Fundația Menninger, în care Anna Freud remarcă faptul că facilitățile extinse ce puteau fi găsite acolo prezentau rezidentului în psihiatrie „întreaga scală a problemelor umane așa cum apar ele din leagăn și până în mormânt”. Discutând aplicarea gândirii psihanalitice lucrului cu pacienți profund tulburați, ea își demonstrează din nou cunoștințele și interesul în psihiatria generală. Exact acest interes a fost cel care a făcut-o să-l încurajeze pe Thomas Freeman să adapteze o schemă de Profil pentru evaluarea psihozei, și să-i cheme pe colegii terapeuți de copii să se alăture acestuia și altor psihiatri de adulți, în încercarea de a detecta potențialii precursori din copilărie ai tulburării psihotice ulterioare.

Comparația între tulburările copilului și cele ale adulțului a intrigat-o; gândirea sa în legătură cu acest subiect influențase schema de profil pentru evaluarea adulțului; iar în discuția asupra lucrării *Indications and Contra-Indications for Child Analysis* (Indicații și contraindicații pentru analiza copilului) din 1986, ea a atras atenția asupra unor comparații revelatoare între temele discutate de tatăl său în *Analysis Terminable and Interminable* (Analiză terminabilă și interminabilă) (1937) — care se restrângeau la probleme ale adulților care conduc la dificultăți în analiză — și suferințe din copilărie care seamănă cu cele ale adulților mult mai fidel decât se recunoaște adesea. Ea a remarcat că, deși cineva ar putea să ezite să primească în tratament un adult care se află în toiul unei relații amoroase, era important de reamintit că copilul, croindu-și drumul prin complexul oedipian, suporta o stare de fapt comparabilă. Deși cineva ar fi putut ezita să primească în analiză un adult imediat după o pierdere importantă, nu se ținea întotdeauna cont de faptul că un copil a cărui mamă tocmai dăduse naștere unui frățior se poate afla într-o stare similară de pierdere a obiectului. Anna Freud s-a întors la această temă într-o adresare făcută către Societatea Psihanalitică din New York, în care ea a discutat *Difficulties in the Path*

of *Psychoanalysis* (Dificultăți în calea psihanalizei) (1968) și a adăugat dificultăților enumerate de Sigmund Freud în privința pacienților adulți, unii factori speciali ce militează împotriva succesului în tratamentului copiilor.

Anna Freud a continuat să accentueze importanța la copil a tulburărilor produse de frustrarea nevoilor de dezvoltare și de către consecințele acesteia. Ea a atras atenția asupra diferențelor între nevroza infantilă cu mișcările sale regresive și compromisurile conflictuale, și acele tulburări în care conflictele, găzduite încă în interior, diferă de acelea din nevroze prin aceea că influențele pe care le exercită nu derivă pur și simplu din trecut, ci sunt „acute și în desfășurare”. Grupul cel mai dificil pentru care decizia de a recomanda o analiză este în mod special temută, este acela în care afectarea este produsă și menținută prin influența continue și active găzduite de mediu. Ca descriere, o astfel de patologie care nu este nici psihotică, nici borderline, este de un ordin diferit de cel al nevrozelor infantile, și poate să nu răspundă la analiza clasică decât în termenii suprastructurilor ei nevrotice. Asemenea cazuri pot necesita ceea ce Anna Freud a numit „asistență a dezvoltării”.

În acest context, cea mai importantă dintre ultimele sale contribuții la dezvoltarea acestor linii de gândire poate fi găsită în *The Symptomatology of Childhood* (Simptomatologia copilului) (1970) în care a pus la punct ceea ce ea a descris ca fiind „o încercare preliminară de clasificare”. Ea a încercat să situeze tulburările copilului într-o perspectivă largă și a accentuat că, de vreme ce acestea sunt mult mai puțin structurate decât tulburările adulților, sunt și mai puțin potrivite taxonomiei tradiționale decât contrapărțile lor prezente la adulți. Deși era conștientă de „calitatea înșelătoare a simptomatologiei manifeste” la copii, ea a adoptat totuși viziunea că analiștii care acordau o mică importanță prezentării de suprafață făceau un deserviciu diagnosticului. Ea distingea între simptomele propriu-zise și ceea ce ea numea „alte semne de tulburare” sau „alte motive pentru referirea clinică a copilului”. În prima categorie ea includea simptome ce rezultau din diferențierea neadecvată între procesele somatice și cele psihologice în care stresul psihic timpuriu poate fi descărcat pe canalele corporale, iar disconfortul fizic prin durere psihică; simptomele ce rezultă din formațiunile de compromis între Sine și Eu, exemplificate, să zicem, printr-o nevroză infantilă, în care un picior paralizat putea gratifica simbolic dorința

inconștientă de penis, în timp ce invaliditatea aceluiași membru satisfăcea apărarea împotriva acestei dorințe; simptome derivând din iruperea derivatelor Sinelui în Eu; și alte importante grupuri de simptome incluzându-le pe cele rezultate din regresia fără apărare și acelea care au o bază organică subiacentă. În cea de-a doua categorie — alte semne de tulburare — ea a inclus un număr de indicatori nespecfici pentru sublinierea tulburărilor, cum ar fi multiplele frici și angoase din copilărie; întârzieri sau eșecuri în dezvoltare; eșecuri școlare, eșecuri în adaptarea socială; și acele diferite dureri și suferințe cu origini psihologice de diferite tipuri și severități. În concluziile ei, ea a atras din nou atenția asupra valorii Profilului în stabilirea acestor variate tulburări.

În timpul următorilor zece ani, toate aceste contribuții la evaluările psihanalitice au fost subiect de extindere și elaborare într-o varietate de contexte. Anna Freud a fost tot timpul preocupată de aplicabilitatea perfecționării diagnosticului spre probleme de prognostic, tratament și gestionare. În grija sa față de toate aceste tulburări care se puteau preta la tratament psihanalitic și de acelea care nu erau pretabile, își dorea din totul sufletul să clarifice diferența între ceea ce, pe de o parte, putea fi numit cu ușurință nevroze ale copilului, iar pe de alta, tulburări ale dezvoltării în care patologia apărea ca fiind de un ordin diferit. Ea a recunoscut că aceste tulburări erau variabile în formă și că fiecare copil în parte avea nevoie de cea mai temeinică investigație pentru ca tipul tulburării sale de dezvoltare să fie corect înțeles. Propriile sale studii în acest domeniu, cât și acelea ale colegilor, au condus-o în final la avansarea unui important concept, care necesită încă o atenție extinsă și studiu pe mai departe. Denumirea ei pentru noul concept era, în 1979, *Mental health and illness in terms of internal harmony and disharmony* (Sănătatea și boala psihică în termeni de armonie sau dizarmonie internă). Ea privea sănătatea psihică în termenii unei interacțiuni armonioase între instanțele interne — adică între Sine, Eu și Supraeu — și între aceste instanțe și influențele externe. Această armonie poate fi obținută doar dacă instanțele interne au atins și menținut la fiecare moment nivele comparabile de dezvoltare și dacă influențele externe cu care acestea interacționează reflectă un „mediu obișnuit și previzibil”. (Hartman, 1939). Dar ea era în același timp conștientă că dezvoltarea nu era niciodată cu adevărat armonioasă, cu excepția sensului de maturizare — aceasta însemnând în termeni de



progres atât cantitativ, cât și calitativ. O dată ce structurarea adecvată a avut loc, instanțele se vor afla întodeauna într-o dispută latentă.

Astfel, Anna Freud nu se referea la absența conflictului. Ceea ce ea avea în minte era „echilibrul interior” și a accentuat ideea a cât de dificil trebuie să fie să îl obții „în primii ani de viață, când forțele ce determină dezvoltarea copilului sunt atât externe, cât și interne” (1979). Ea a remarcat că ceea ce făcea apel la integrarea fiecăruia în parte erau „potențialitățile inerente constituției înăscute; vicisitudinile legate de structurarea gradată a personalității; și influențele emanând din mediul parental care este responsabil de atmosfera în care avansează dezvoltarea”. Ea a precizat că, deși această sarcină era una dificilă orice condiții ar fi existat, putea fi gestionată dacă toți sau cei mai mulți dintre factori responsabili erau în cota normală, în privința „proporției și calității” și nu difereau semnificativ unul de celălalt în privința apariției și progresului. De vreme ce dizpozițiile înăscute, diferitele modele de creștere în parte și terenurile familiale atât de variate, sunt atât de larg divergente, acest echilibru interior nu este deloc un rezultat universal. Devierile constituțional determinate, modurile deviate de structurare și factorii devianți de mediu, pot conduce în ansamblu la un rezultat dizarmonic.

Dar dizarmonii apar și din tulburări în dezvoltare produse de eșecuri în sincronizare — ca în avansarea prematură sau întârziată a fiecărei structuri în parte, în relație cu celelalte. Exemplele sale au susținut acest punct de vedere. Impulsurile și fantasmele canibale apar de obicei înainte de a exista un Eu organizat cu care să ajungă în conflict. Dacă acestea persistă dincolo de acest moment, sau întâlnesc o activitate critică a Eului ce s-a stabilit prematur, situația este una complet diferită. Fricile arhaice de întuneric, de singurătate și de sunete puternice nu sunt persistente în provocarea de tulburări dacă, la momentul lor de apogeu, bebelușului i se asigură susținere, confort și reasigurare din partea adulților care îl îngrijesc, într-un moment în care simțul realității este insuficient dezvoltat pentru a ține panica în frâu. Ele devin un pericol mult mai serios pentru dezvoltare dacă copilul este neglijat sau dacă funcționarea Eului survine prea lent pentru a permite copilului să le facă față.

La fel, dacă copilului i se refuză bucuria normală a fazei anale, așa cum se poate întâmpla dacă astfel de expresii ale pulsionii sunt condamnate de către părinți și contracarate printr-un accent exagerat

pus pe educarea toaletei și prin condamnarea excesivă a agresivității, stadiul este situat sub controlul Eului care se opune prea devreme dezvoltării pulsionii, și sub cel al exigențelor, precoc apărute, ale Supraeului. Rezultatul este o fundație în copilărie pentru o ulterioară personalitate obsesională, dacă nu chiar pentru o nevroză obsesională.

În viziunea Annei Freud, dizarmoniile de dezvoltare nu erau pur și simplu o chestiune de dezechilibre între structurile înseși sau un eșec al lumii externe de a cultiva echilibrul adecvat. Dizarmonia dezvoltării era integrată în personalitate prin funcția sintetică a Eului. Anna Freud considera că, în aceste condiții, dizarmonia în dezvoltare era stabilită „la bine și la rău”. Dacă nu exista nici o posibilitate de intervenție timpurie, înainte ca o astfel de dizarmonie să fi fost stabilită pentru totdeauna, analiza la o dată ulterioară putea reuși în ameliorarea oricărei suprastructuri nevrotice, dar dizarmonia în sine ar putea fi mult mai puțin deschisă influenței analitice.

Dizarmonia în dezvoltare era considerată a fi mai degrabă o bază pentru tulburarea psihică viitoare, decât o tulburare specifică în drepturile sale. Aceasta putea forma un teren de creștere pentru nevroză, pentru variatele tulburări psihice de dezvoltare și, în viziunea lui Freeman, pentru anumite tipuri de psihoze. Astfel, înțelegerea acesteia părea o completare necesară la ceea ce s-a învățat din psihanaliză despre contribuția psihologică la condițiile psihiatrice de orice fel.

Cititorul acestei cărți poate că nu va dori să urmărească toate aceste dezvoltări. Cartea în sine rămâne o declarație clasică, minunată de exhaustivă. Utilitatea și valoarea sa nu depind de elaborările ulterioare. Dar pentru aceia care doresc să urmărească câteva din gândurile ce s-au dezvoltat de aici, aceste scurte note pot furniza oarecari îndrumări pentru viitoarele plăceri ale lecturii. În orice caz, aceia care se întâlnesc pentru prima oară cu această carte se pot aștepta la câteva surprize plăcute, pe când cei care o cunosc deja, dar nu o posedă, vor dori cu siguranță să-i ofere un loc permanent, la îndemână, pe biroul lor.

CLIFFORD YORKE

British Psychoanalytical Society

## Bibliografie

FREUD A. (1936). *The Ego and the Mechanism of Defence*. London, Hogart Press

——— (1966). Some thoughts about the place of psychoanalytic theory in the training of psychiatrists. In: *Writings*, 7:59-72. New York: Int. Univ. Press

——— (1968a). Indications and Contraindications for child analysis. In: *Writings*, 7:110-123. New York:

——— (1968b). Difficulties in the path of psychoanalysis: a confrontation of past with present viewpoints. In *Writings*, 7:157-188. New York: Int. Univ. Press.

——— (1979). Mental health and illness in terms of internal harmony and disharmony. In *Writings*, 8:110-118. New York: Int. Univ. Press.

FREUD A. & BURLINGHAM, D. (1942). *Young Children in war Time: Two Years Work in a Residential War Nursery*. London: George Allen and Unwin.

——— (1944). *Infants without Families*. London: George Allen and Unwin.

FREUD, S. (1937). Analysis terminable and Interminable. S. E. 23.216-253. London, Hogarth Press.

HARTMANN, H. (1939). *Ego psychology and the Problem of Adaptation*. New York: Int. Univ. Press.

SANDLER, J., KENNEDY, H. & TYSON, r. l. (1980). *The Tehnique of Child Psychoanalysis: discussions with Anna Freud*. London: Hogarth Press. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.

YORKE, C. (1980). The contributions of the diagnostic profile and the assesment of developmental lines to child psychiatry. *Psychiat. Clinics N. America*, 3:593-603.

YORKE, C & MORAN G. (1989). *The Freudian Tradition: the Work of the Anna Freud Centre*. In preparation.

## Cuvânt înainte la ediția din 1980

Circumstanțele fomării psihanalitice, ca și materialul uman observat în practica psihanalitică, tind să îndepărteze interesul analiștilor de la normal și să-i tenteze să exploreze din ce în ce mai mult nu doar enigmele nevrozelor și ale deformărilor caracterului, cât și pe acelea ale cazurilor borderline, de delivcență, de perversiuni și psihoze. Nu este ușor să îndreptăm direcția acestui curent și să captezi din nou atenția colegilor asupra problemelor dezvoltării personalității obișnuite și ale adaptării la realitate.

Totuși, cel puțin în ceea ce privește analiza copiilor, aceasta mi se pare a fi sarcina viitorului. Nu doar viața sexuală și afectivă a individului este cea care trece printr-o serie de stadii, începând de la naștere până ce este atins stadiul adult. O cale similară poate fi, de asemenea, trasată pas cu pas pentru toate celelalte caracteristici care constituie emblema maturității. Deși poate fi tentant să ne imaginăm măcar câteva dintre acestea ca rezultate ale unei creșteri liniștite, investigațiile analitice ale copilului revelează că pentru majoritatea nu este așa. În mod contrar chiar, se poate demonstra că acestea sunt puncte finale ale unor procese intense și conflictuale de dezvoltare, nu foarte diferite structural de formațiunile nevrotice, care constituie compromisuri între cererile lumii interne și a celei externe.

Rămâne multă practică de realizat până când să poată fi asamblată în această manieră o imagine completă și detaliată a creșterii personalității, iar *Normal și patologic la copil* reprezintă doar un prim pas hotărât spre acest scop. Faptul că este necesară o nouă ediție a acestei cărți, poate fi luat ca un semn de speranță în direcția dorită.

ANNA FREUD

Londra, iulie 1979

## CAPITOLUL 1

### Viziunea psihanalitică asupra copilăriei: de la distanță și din prim plan

#### RECONSTRUCȚII DIN ANALIZE ALE ADULȚILOR ȘI APLICAȚII ALE ACESTORA

O dată cu începuturile psihanalizei, de când a fost făcută descoperirea că „istericii suferă în principal de reminiscențe“ (Breuer și Freud, 1893), analiștii au fost preocupați mai mult de trecutul pacienților lor, decât de experiențele prezente, și mai mult de perioada de creștere și de dezvoltare, decât de maturitate.

Această preocupare pentru întâmplările timpurii ale vieții a fost aceea care a produs speranța în multe cercuri, că analiștii ar deveni experți în copilărie, chiar atunci când aceștia erau implicați doar în terapia adulților. Cunoașterea lor asupra proceselor dezvoltării psihice ca și înțelegerea influenței reciproce între forțele externe și interne care modelează individul era de așteptat să-i califice în mod automat de a fi în cunoștință de cauză în toate împrejurările în care erau puse la îndoială stabilitatea emoțională a copilului sau funcționarea normală a acestuia.

În ceea ce privește perioada timpurie a elaborării psihanalitice, o cercetare a literaturii de specialitate arată că se realizase destul de puțin pentru a se satisface în mod specific aceste speranțe. La acel moment, eforturile erau în întregime dedicate descoperirii de adevăruri și perfecționării tehnicii care dezgropa fapte atât de noi cum ar fi succesiunea fazelor libidinale (orală, anală și falică), complexul oedipian și cel al castrării, amnezia infantilă etc. Atâta timp cât aceste importante descoperiri își trăgeau originea din deducțiile din analizele adulților, metoda „reconstrucției“ evenimentelor copilăriei a fost ținută la mare preț și a fost folosită cu consecvență pentru a produce cele mai multe dintre datele care constituie azi nucleul psihologiei psihanalitice a copilului.

Pe de altă parte, nu a durat mai mult decât unul sau două decenii de astfel de practică până când un număr de autori psihanalști să se aventureze dincolo de granițele descoperii de adevăruri și să aplice

noua cunoaștere asupra creșterii copilului. Tentația de a face asta era aproape irezistibilă. Analizele terapeutice ale adulților nevrotici nu lăsaseră nici o îndoială asupra influenței nefaste a multor atitudini parentale sau de mediu și acțiuni cum ar fi lipsa de onestitate în privința chestiunilor sexuale, standarde morale nerealiste de înalte, strictete sau indulgență exagerate, frustrări, pedepse sau comportament seductiv. Părea o sarcină fezabilă aceea de a îndepărta următoarea generație de copii de unele dintre aceste amenințări prin luminarea părinților și prin ameliorarea condițiilor educaționale și de a concepe prin aceasta ceea ce a fost denumit cu multă speranță „educația psihanalitică”, destinată prevenirii nevrozei.

Încercările de a atinge acest scop nu au fost niciodată abandonate, oricât de dificile și tulburătoare s-au dovedit a fi rezultatele lor uneori. Când privim acum retrospectiv istoria acestor încercări, după o perioadă de mai bine de patruzeci de ani, le observăm ca pe o lungă serie de încercări și erori. O mare parte din incertitudinea care a însoțit aceste experiențe era inevitabilă. Nu era posibil în acel moment a se avea o intuiție deplină asupra întregii rețele complicate de pulsuni, afecte, relații de obiect, dispozitive ale Eului, funcții și apărări ale Eului, internalizări și idealuri, cu interdependențele reciproce dintre Sine și Eu și defectele rezultate din dezvoltare, regresii, angoase, formațiuni de compromis și distorsionări ale caracterului. Tărâmul cunoașterii psihanalitice a crescut treptat, fiecare mică descoperire fiind adăugată la următoarea. În ceea ce privește aplicarea datelor relevante în problemele educației și ale profilaxiei bolilor psihice nu a existat o altă opțiune decât aceea de a înainta de asemenea pas cu pas, urmărind întotdeauna îndeaproape aceeași cale lentă și laborioasă. Pe măsură ce se descopereau în activitatea clinică noi agenți patogeni sau se ajungea la ei prin schimbări și inovări în gândirea teoretică, aceștia erau extrași, transpuși în avertismente și percepțe pentru părinți și educatori și deveneau parte din teritoriul educației psihanalitice.

Desfășurarea acestor extrapolări este bine cunoscută acum. Astfel, pe vremea când psihanaliza pune un accent important pe influența seductivă a împărțirii patului cu părinții și pe consecințele traumatice ale surprinderii relațiilor sexuale ale părinților, părinții erau avertizați asupra evitării intimității corporale cu copiii lor și a inițierii unui act sexual în prezența copiilor, chiar și a celor foarte mici. Atunci când s-a dovedit în analizele adulților că refuzul cunoștințelor despre sexualitate

era responsabil pentru multe inhibiții intelectuale, s-a recomandat o deplină clarificare asupra problematicei sexuale de la o vârstă timpurie. Când simptomele isterice, frigiditatea, impotența etc. au fost legate retroactiv de interdicții și, implicit, de refuzuri ale sexualității în copilărie, educația psihanalitică a introdus în programul său o atitudine blândă și îngăduitoare față de manifestările sexualității infantile, pregenitale. Când noua teorie a instinctelor a dat agresivității statutul de pulsune primară, toleranța s-a extins și asupra ostilităților violente și timpurii ale copilului și asupra dorințelor sale de moarte a părinților sau fraților etc. Când angoasa a fost recunoscută ca jucând un rol central în formarea simptomului s-au făcut toate eforturile de a diminua frica copilului de autoritatea părintească. Când s-a arătat că vinovăția ar corespunde tensiunilor între instanțele interne, a urmat o contraindicare a tuturor măsurilor educaționale care predisuneau la producerea unui Supraeu sever. Când noua viziune structurală a personalității a plasat asupra Eului responsabilitatea menținerii unui echilibru, aceasta a fost transpusă în nevoia de a cultiva în cadrul dezvoltării copilului forțe ale Eului suficient de puternice pentru a se susține prin ele însele împotriva presiunii pulsionale.

În cele din urmă, în timpurile noastre, când investigațiile analitice au revenit asupra evenimentelor celor mai timpurii din primul an de viață și le-au pus în lumină importanța, aceste descoperiri speciale au fost transpuse în tehnici noi, și în anumite privințe revoluționare, ale îngrijirii bebelușului.

Datorită acestei elaborări treptate și tergiversate, țesătura educației psihanalitice n-a putut rămâne decât etern nesistematizată. Mai mult decât atât, percepțele sale și-au schimbat în mod repetat direcția, accentul fiind pus mai întâi asupra libertății activității pulsionale, apoi asupra forței Eului, apoi s-a mutat din nou asupra păstrării intacte a relațiilor libidinale. În căutarea neîncetată a descoperirii de agenți patogeni și a măsurilor profilactice, ultima descoperire analitică a părut întotdeauna cea care promitea o soluție mai bună și mai desăvârșită a problemei.

Unele dintre sfaturile date părinților de-a lungul anilor erau consecutive între ele; altele erau contradictorii și reciproc exclusive. Unele s-au dovedit benefice, aproape depășind așteptările. Astfel, educația psihanalitică poate număra printre succesele sale marea deschidere și încredere între părinți și copii la care s-a ajuns după ce problemele sexuale au fost tratate și discutate cu cea mai mare onestitate. O altă

victorie a fost cea asupra încăpățânării susținute specifică anumitor vârste timpurii care a dispărut aproape complet după ce problemele de fază anală au fost recunoscute și educarea defecației a fost efectuat mai târziu și cu mai puțină asprime. De asemenea, anumite probleme alimentare ale copiilor au încetat să mai existe după ce hrănirea și înțârcarea copilului s-au modificat în sensul corespondenței mai strânse cu nevoile orale. Anumite tulburări ale somnului (cum ar fi dificultățile la adormire) au fost înlăturate după ce a fost detensionată lupta împotriva masturbării, sugerii degetului și a altor activități autoerotice.

Pe de altă parte, nu au lipsit dezamăgirile și surprizele. Era de neașteptat ca până și cele mai bine intenționate și mai simplu exprimate lămuriri sexuale să nu fie acceptate cu ușurință de copii și ca aceștia să se agățe în continuare de ceea ce abia urma să fie recunoscut ca fiind propriile teorii sexuale care traduceau genitalitatea adultă în termenii adecvați vârstei de oralitate și analitate, violență și mutilare. A fost în egală măsură neașteptat ca dispariția conflictului datorat masturbării să aibă – pe lângă cosecintele sale benefice – câteva efecte adverse nedorite asupra formării caracterului prin eliminarea luptelor care, în ciuda aspectelor patologice, serveau de asemenea ca un câmp de educație morală (Lampl-de Groot, 1950). Mai presus de orice, a scăpa copilul de angoasă s-a dovedit o sarcină imposibilă. Părinții au făcut tot posibilul să reducă frica copiilor de ei, descoperind mai degrabă că făceau să amplifice sentimentele de vinovăție, adică temerile copilului de propria conștiință. Acolo unde, la rândul său, severitatea Supraeului a fost redusă, copiii au produs cea mai profundă din toate angoasele, teama ființelor umane care se simt neprotejate în fața presiunii propriilor pulsioni.

Pe scurt, în pofida multelor avantaje parțiale, educația psihanalitică nu a reușit să devină o măsură profilactică așa cum s-a dorit a fi. Este adevărat că acei copii care au crescut sub influența sa au fost în anumite privințe diferiți de generațiile anterioare; dar ei nu au fost mai eliberați de angoasă sau de conflicte și, ca urmare, nu mai puțin expuși la nevroză sau la alte tulburări psihice. De fapt, nu ar fi fost o surpriză dacă optimismul și entuziasmul pentru activitatea de prevenție nu ar fi triumfat la câțiva autori asupra aplicării stricte a percepțelor psihanalitice. Conform acestora din urmă nu există o „prevenție a nevrozelor” pe scară largă. Însăși diviziunea personalității într-un Sine, un Eu și un

Supraeu ne confruntă cu o imagine a unei structuri psihice în care fiecare parte are derivarea sa specifică, scopurile și subordonările sale specifice și modul său specific de funcționare. Prin definiție, diferitele instanțe psihice prezintă scopuri ce se intersectează unul cu celălalt și acest fapt dă naștere dezacordurilor și ciocnirilor interioare care ajung în conștiință sub forma conflictelor psihice. Acestea din urmă se întâmplă oriunde dezvoltarea structurală complexă a personalității a luat ființă. Există desigur situații în care „educația analitică” ajută copilul să-și găsească soluțiile adecvate care veghează sănătatea psihică; dar există, de asemenea, multe altele în care dizarmonia interioară nu poate fi prevenită și devine punctul de început pentru una sau alta dintre modalitățile de dezvoltare patologică.

#### APARIȚIA ANALIZEI COPILULUI ȘI CONSECINȚELE SALE

Câteva dintre îndoielile și incertitudinile ce guvernează acest domeniu au fost risipite o dată cu introducerea analizei copiilor. Psihanaliza a făcut un pas mai aproape de furnizarea a ceea ce era prevăzut să furnizeze de la început: un serviciu de experți ai copilului.

Aceasta a constituit de aici înainte o sursă suplimentară de material pentru o construire sistematizată a psihologiei psihanalitice a copilului, iar integrarea celor două tipuri de date, directe și prin reconstrucție, a devenit o sarcină recompensantă. În timp ce reconstrucția din analizele adulților a evenimentelor din copilărie și-a păstrat locul său, la aceasta s-au adăugat reconstrucțiile din analizele copiilor mai mari, cât și descoperirile din analizele celor mai mici. Dar analiza copiilor a furnizat mai mult decât atât. Pe lângă studiul „interacțiunilor între mediul concret și dezvoltarea capacităților copilului”, a inițiat o „găzduire a datelor intime despre viața copilului”, astfel încât „fantasmele sale, la fel de bine ca și experiențele sale cotidiene au devenit accesibile observării... doar analistul de copii a furnizat cadrul în care reveriile și coșmarurile, jocurile și exprimările productive ale copilului au devenit inteligibile... într-un sens mult mai concret decât au ajuns vreodată înainte accesibile înțelegerii adulte ... părțile secrete ale experiențelor copilului”<sup>1</sup>. De

<sup>1</sup> Citatele sunt din Ernst Kris (1950, p. 28); vezi de asemenea Ernst Kris (1951).

asemenea, în analiza tinerilor, atât complexe infantile, cât și tumultul creat de ele în minte au fost descoperite ca fiind mult mai deschise vederii, nefiind încă închise conștiinței de amnezie sau distorsionate de acțiuni mai târzii ale amintirilor ecran.

Viziunea din prim plan asupra copilăriei, care s-a dezvoltat pe parcursul anilor pe baza practicii analitice cu copiii, furnizează analistului de copii o abordare a dezvoltării personalității care diferă în mod subtil de aceea a colegilor care văd copiii doar prin intermediul adulților. Astfel, analiștii de copii nu oferă doar confirmări binevenite ale ipotezelor analitice, așa cum era de așteptat să se întâmple; ei au ajutat de asemenea în furnizarea deciziilor acolo unde „ipoteze alternative fuseseră avansate prin metode reconstructive.”<sup>1</sup> Ei au reușit în mutarea accentului așezat în anumite locuri și în corectarea perspectivelor (vezi Anna Freud, 1951). Și, în final, după cum sper să arăt în ceea ce urmează mai departe, au realizat propria lor contribuție la metapsihologia și teoria terapiei psihanalitice.

#### OBSERVAREA DIRECTĂ A COPILULUI ÎN SERVICIUL PSIHOLOGIEI PSIHANALITICE A COPILULUI

În scrierile lor teoretice, a durat un timp până ce „să se ajungă la concluzia că psihologia” (și în special psihologia psihanalitică a copilului) „nu este limitată la ceea ce poate fi câștigat prin folosirea metodei psihanalitice” (Heinz Hartman, 1950a). Cel puțin nu în practică. După publicarea celor „Trei eseuri asupra teoriei sexualității” (S. Freud, 1905), prima generație de analiști a început imediat să urmărească și să raporteze comportamentul propriilor copii, cu precădere detaliile sexualității infantile, complexe Oedip și de castrare. Educatorii și profesorii analizați și aceia care lucrau cu adolescenți, delicvenți și infractori tineri, au desfășurat această practică în anii '20 și '30, mult înainte ca o astfel de practică să se fi dezvoltat într-o întreprindere sistematizată, așa cum a devenit după cel de-al doilea război mondial<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Ernst Kris (1950), citându-l pe Robert Waelder (1936).

<sup>2</sup> Vezi Bernfeld, Aichhorn, Alice Balint, A. Freud, la fel de bine ca și numeroasele publicații în *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik*. Vienna: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1927-1937.

Totuși, în ceea ce privește practica observațională din afara cadrului psihanalitic, analistul care în mod obișnuit tratează materialele refulate și inconștiente trebuie să își depășească îndoielile înainte să-și poată extinde interesul la comportamentul de suprafață. Având în vedere acest fapt, ar fi probabil folositoare o trecere în revistă a relațiilor între psihanaliză și observarea directă<sup>1</sup>, așa cum s-au dezvoltat de-a lungul anilor. La întrebarea dacă cea din urmă, și anume scrutarea directă a suprafeței minții poate penetra în structură, în funcționare și în conținutul personalității s-a răspuns la diferite momente în diferite moduri, dar, în mod special într-un mod din ce în ce mai pozitiv, în ceea ce privește cunoașterea dezvoltării copilului.

Deși nu există aici o succesiune istorică clară care să poată fi urmată, există câteva aspecte și factori care, în parte consecutivi, în parte simultani, au fost relevanți în această privință.

#### *Concentrarea exclusivă a analistului asupra profunzimilor ascunse*

În perioada timpurie a practicii psihanalitice și mult înainte ca psihanaliza copiilor să fi înțeles, exista o tendință puternică de a păstra relațiile dintre analiză și observarea de suprafață complet negative și ostile. Aceasta a fost vremea descoperirii minții inconștiente și a evoluției gradate a metodei analitice, două direcții de lucru care erau legate într-un mod inextricabil una de cealaltă. A fost apoi sarcina pionierilor psihanalizei să evidențieze diferența dintre comportamentul observabil și impulsurile ascunse, mai degrabă decât similaritățile dintre ele, și, mai important decât atât, să stabilească într-o primă instanță faptul că astfel de motivații ascunse, adică inconștiente, există. Mai mult decât atât, această practică trebuia îndeplinită în fața opoziției din partea unui public care refuza să creadă în existența unui inconștient la care conștiința nu avea acces liber sau în posibilitatea că anumiți factori ar putea influența mintea fără a fi vizibili pentru observator. Cu precădere nespecialiștii erau înclinați să confunde trudnicele elaborări ale materialului din procesul analitic cu o presupusă capacitate nefirească a analiștilor de a vedea cele mai profunde secrete ale unui străin dintr-o privire și persistau în această credință în pofida tuturor protestelor conform cărora analistul este legat de metoda sa laborioasă și lentă de observare și conform cărora el nu poate vedea

<sup>1</sup> Vezi de asemenea Heinz Hartman (1950a).

fără aceasta mai bine decât ar putea vedea un bacteriolog, lipsit de microscopul său, bacilii cu ochiul liber. Se știa de asemenea că psihiatrii clinicieni neglijau diferențele, de exemplu între faptul manifest al survenirii unui viol asupra unui copil de sex feminin de către tatăl său psihotic și luptele latente inconștiente ale complexului Oedip și să-l numească pe primul în locul celui din urmă, un „adevăr Freudian“. Într-un faimos caz penal al timpului, un judecător chiar a folosit ubicuitatea dorințelor de moarte ale fiilor împotriva tatilor lor ca pe un act de acuzație, fără să ia în considerare alterările psihice care sunt necesare pentru a permite impulsurilor inconștiente și refulate să devină intenție conștientă și să fie descărcate în acțiune. Psihologii academicieni, la rândul lor, au încercat să verifice sau să nege validitatea complexului Oedip prin investigații și chestionare, adică prin metode care prin însăși natura lor sunt incapabile să penetreze barierele dintre mintea conștientă și cea inconștientă și, prin aceasta, să dezvăluie în adulți reziduurile refulate ale luptelor emoționale infantile.

Nici tânăra generație de psihanalisti din acea perioadă nu era complet liberă de înclinația de a confunda conținutul inconștientului cu derivatele sale manifeste. De exemplu, în cadrul cursurilor de formare psihanalitică asupra interpretării viselor, au fost necesari ani de zile pentru ca una dintre cele mai dificile sarcini pentru formatori, aceea de a preda diferența între conținutul latent și cel manifest al visului și de a înțelege studenților faptul că dorința inconștientă din vis nu va apărea la suprafață complet nedeghizată prin travaliul visului și că textul visului conștient reprezintă conținutul ascuns doar într-o manieră indirectă. Mai mult decât atât, în nerăbdarea lor de a ajunge dincolo de limitele conștiinței și de a face o punte peste prăpastia între suprafață și profunzime, mulți au încercat să identifice din manifestările de suprafață pe cel ce suferă de anumite impulsuri inconștiente, fantasmе incestuoase sau sado-masochiste, angoase de castrare, dorințe de moarte etc, încercări care, la acel moment, nu erau fezabile și, prin urmare, duceau într-o direcție greșită. Nu este surprinzător, că în condiții de acest fel, toți cei care studiau psihanaliza erau avertizați asupra unor asemenea încercări de observare de suprafață, erau învățați să nu sară peste dezvăluirile psihanalitice ale conținuturilor refulate ale pacientului și să nu aibă în nici un fel de a face cu metode care s-ar putea constitui doar în amenințări la adresa sarcinii principale a analistului, aceea de a perfecționa tehnica analitică în sine.

### *Derivatele inconștientului ca material de observație*

În aceeași perioadă sau ușor după aceasta, au apărut descoperiri și alți factori care au contribuit la modificarea acestei atitudini lipsite de compromis față de observarea de suprafață. De fapt, ceea ce explora analistul în scopul intervenției sale terapeutice nu era mintea inconștientă în sine, ci derivatele sale. Cadrul analitic, desigur, conține aranjamentele specifice care invită și duc mai departe producția de asemenea derivate prin mijloacele unei relaxări complete la care este supus pacientul — suspendarea facultăților sale critice care face posibilă asocierea liberă, excluderea motilității care face posibil ca până și cele mai periculoase impulsuri să fie verbalizate în mod inofensiv, oferirea persoanei analistului pentru transferul unor experiențe din trecut etc. Dar, în ciuda faptului că prin aceste aranjamente tehnice, derivatele inconștientului sunt mai prolifiche și devin manifeste într-o succesiune mai ordonată, revelațiile din profunzime și irupțiile în mintea conștientă nu sunt limitate la ședințele analitice. În măsura în care analistul devine conștient de ubicuitatea acestora, el ajunge de asemenea predispus să le includă ca „material“. În cazul adulților, există lapsusurile, actele ratate și simpatomatie care revelează impulsuri preconștiente sau inconștiente; există simbolurile din vise și visele tipice al căror înțeles ascuns poate fi tradus fără vreun travaliu interpretativ. Cu copiii, mai mult decât atât, există vise simple de îndeplinire a dorinței care revelează dorințele subiacente; există, de asemenea, reveriile conștiente care dau informații despre dezvoltarea libidinală a acestora, cu distorsiuni minime. Exemple ale celor din urmă sunt reprezentate de fantezmele eroice și de salvare care prezintă un băiat la înălțimea luptelor sale masculine; romanul de familie și fantezmele despre gemeni (Dorothy Burlingham, 1952) care caracterizează un copil în faza de latență, ca fiind în proces de deziluzionare în raport cu părinții săi; fantezmele de bătaie care fac dovada unei fixații la stadiul anal, sado-masochist, al sexualității infantile.

Întotdeauna au existat analiști care sunt adepți mai mult decât alții ai folosirii unor asemenea semne manifeste pentru ghicirea conținutului inconștient. Ocazional, sunt puși în pericol ca terapeuți prin această tendință, deoarece ușurința cu care pot traduce indiciile îi poate tenta să acționeze fără cooperarea deplină a pacientului, să facă scurtături către inconștient și să ignore rezistențele — un procedeu care merge împotriva celor mai bune tradiții ale psihanalizei. Dar același fler pentru



inconștient care poate transforma un terapeut analitic corect într-unul „sălbatic” este unul dintre cele mai folositoare atribute ale unui observator analitic, care prin aceste mijloace va transforma manifestările de suprafață, altfel aride și negratificante, într-un material semnificativ.

### *Mecanisme de apărare ca material de observație*

Aparența manifestă a copiilor și adulților a devenit chiar mai transparentă pentru analist atunci când atenția a fost extinsă de la conținutul și derivatele minții inconștiente, de exemplu de la impulsuri, fantasme, imagini etc., la metodele folosite de Eu pentru a le păstra în afara conștiinței. Deși aceste mecanisme sunt automate și nu sunt conștiente prin ele însele, rezultatele pe care le obțin sunt manifeste și ușor accesibile vederii observatorului.

Desigur, atâta timp cât mecanismul Eului aflat sub observare este *refularea*, de sine stătătoare, nimic nu devine vizibil la suprafață, cu excepția absenței tendințelor care, conform concepției analistului despre normalitate, constituie ingrediente necesare ale personalității. Acolo unde, de exemplu, o fetiță este descrisă de părinții săi ca „o micuță ființă afectuoasă, care nu se plânge și nu e revendicativă”, analistul va remarca absența vizibilă a lăcomiei și agresivității specifice copilăriei. Acolo unde părinții insistă asupra „iubirii unui frate mai mare pentru bebeluși”, analistul va căuta să vadă destinul geloziei absente. Atunci când un copil este corect descris de părinți ca „fiind lipsit de curiozitate și neinteresat de chestiuni cum ar fi diferențele între sexe, originea bebelușilor, relațiile între părinți”, este evident pentru noi că a fost purtată o luptă internă care a condus la o extincție conștientă a curiozității sexuale normale etc.

Din fericire, există celelalte mecanisme de apărare care lasă rezultate mult mai tangibile pentru observator. Primele dintre acestea sunt *formațiunile reacționale* care, prin definiție, aduc în atenția observatorului contrapartea refutată a manifestării afișate la suprafață. Grija exagerată a unui băiețel „ori de câte ori tatăl trebuie să plece de-acasă noaptea, în condiții de ceață” etc, este un indiciu clar al dorințelor de moarte refutate; în același fel este și ascultarea anxioasă în timpul nopții, de către un copil, a respirației fraților, care în mod neașteptat „puteau să fi murit în somn”. Sentimentele de rușine, dezgust, milă se știe că nu sunt dobândite de nici un copil altfel decât ca rezultate ale unor lupte interne cu exhibiționismul, murdăria, cruzimea; apariția lor la suprafață

este prin urmare un indiciu valoros de diagnostic al destinului acestor componențe ale pulsionilor. În mod similar, *sublimările* sunt retraduse destul de ușor în impulsurile primitive semnificative de la care sunt deplasate. *Proiecțiile* la copiii mici trădeză sensibilitatea lor la o multitudine de caracteristici și atitudini nedorite etc.

Învățând din experiențele câștigate în interiorul cadrului analitic, analiștii ajung progresiv mai alertați de combinații manifeste particulare de atitudini, adică tipuri de personalitate care pot fi identificate cu ochiul liber și din care pot fi extrase inferențe valide. Această cale spre înțelegere a fost mai întâi deschisă de intuiția în rădăcinile genetice ale caracterului obsesional în care apariția manifestă a ordinii și curățeniei, încăpățănării, punctualității, zgârceniei, indeciziei, tendinței de a economisi, colecta etc, trădeză tendințele inconștiente sadic-ale din care ele sunt croite. Nu era nici un motiv pentru care această constelație particulară, deși prima studiată, ar fi trebuit să rămână unică în furnizarea unor linii instructive între suprafață și profunzime. Era un lucru rezonabil acela de a împărtăși speranța că și „alte trăsături de caracter vor ieși la iveală în mod similar ca fiind precipitate sau formațiuni reacționale legate de structuri pregenitale particulare” (S. Freud, 1932).

De fapt, din 1932, când a fost scris pasajul citat, multe dintre asemenea așteptări au fost împlinite, în special în ceea ce privește tipurile de caractere oral și uretral, și în mod special în ceea ce privește copiii. Dacă un copil prezintă aspecte de insațiabilitate, lăcomie, tânjește, se agață, cere, devorează în relațiile sale; sau dacă dezvoltă temeri de a fi otrăvit, refuzuri de a mânca etc – este evident pentru noi că punctul din dezvoltarea sa de unde pericolul izvorăște și îi amenință progresul, adică punctul său de fixație, se află la faza orală. Dacă el prezintă ambiții arzătoare cuplate cu un comportament impulsiv, plasăm fixația sa în zona uretrală. În toate aceste situații, legăturile între conținuturile refutate ale Sinelui și structurile manifeste ale Eului sunt atât de fixe și de imuabile încât o simplă privire de suprafață este suficientă pentru a permite analistului să facă presupuziții corecte despre ceea ce se întâmplă sau s-a întâmplat, în straturile de altfel ascunse ale minții.

### *Elemente ale comportamentului din copilărie ca material de observație*

De-a lungul anilor, a ieșit la iveală „o crescândă conștiință a funcției de semn sau semnal [pe care] detaliile de comportament o pot avea pentru observator” (Hartman, 1950a). Ca un produs colateral al analizei

copilului, multe dintre acțiunile și preocupările copiilor au devenit transparente acum, astfel încât, atunci când sunt observate, pot fi traduse în corespondentul lor inconștient din care sunt derivate. În special transparența formațiunilor reacționale a încurajat analiștii să adune elemente suplimentare care au legături atât fixe cât și inalterabile cu nevoile specifice ale Sinelui și cu derivatele lor.

Luând încă o dată ca punct de pornire faptul că *ordinea, sentimentul timpului, curățenia, neagresivitatea* sunt indicii fără eroare ale conflictelor trecute cu problematica anală, este posibil să se localizeze indicatori similari ai conflictului din faza falică. De exemplu, *timiditatea* și *modestia* care sunt formațiuni reacționale și, în acest fel, răsturnări complete ale tendințelor exhibiționiste inițiale; există mai departe comportamentul descris în mod curent ca *bufonerie* sau *a face pe clovnul* care, în analiză, a fost revelat ca o distorsionare a exhibiționismului falic, cu a face pe grozavul deplasat de la o calitate a individului la unul dintre defectele acestuia. *Masculinitatea exagerată* și *agresivitatea zgomotoasă* sunt supracompensări care trădează fricile de castrare subiacente. Plângeri de a fi fost *maltratat* sau *discriminat* sunt o apărare transparentă împotriva fantasmelor și dorințelor pasive. Când un copil se plânge de *plictiseală* exagerată, putem fi siguri că și-a întrerupt în mod forțat fantasmele sale de masturbare sau activitățile masturbatorii.

Observarea comportamentului unui copil în timpul unei boli organice permite de asemenea concluzii și despre starea sa psihică interioară. Un copil bolnav se poate întoarce către mediu pentru alinare, sau îndepărta de el către solitudine și somn; pe oricare o va alege, prima sau ultima, trădează ceva despre starea *narcisismului* său măsurat în opoziție cu forța relativă a *atașamentului său la lumea obiectală*. Supunerea în cazul bolii, fără proteste, la ordinele doctorului, la restricțiile de dietă și motorii etc, care sunt adesea atribuite în mod eronat presupusei rezonabilități a copilului, se datorează atât plăcerii regresive de a fi îngrijit și iubit în condiții de pasivitate, cât și *sentimentelor de vinovăție*, adică concepției copilului conform căreia boala este auto-indusă, adică o *pedeapsă* binemeritată. Când un copil bolnav se îngrijește cu anxietate, într-un mod hipocondriac, acest fapt este un indicator sigur că se simte deficitar îngrijit de mamă și este nesatisfăcut de îngrijirea și protecția ce i-a fost oferită de mediul său.

Chiar și observarea activităților de joc tipice și a jocurilor este

productivă în informații despre interior. Bine cunoscutele ocupații sublimative de pictat, modelaj, jucat cu apă și nisip dau indicații despre preocupările anale și uretrale. Demontarea jucăriilor datorată dorinței de aști ce este *înăuntru* trădează curiozitatea sexuală. Este semnificativă chiar și maniera în care un băiețel se joacă cu trenulețul său; fie că plăcerea sa principală este aceea de a înscena ciocniri (ca simboluri ale relațiilor sexuale ale părinților); fie că este preocupat în mod predominant cu construirea de tunele și linii subterane (exprimând interesul în interiorul corpului); fie mașinile și autobuzele sale trebuie încercate din greu (ca un simbol al mamei însărcinate); fie viteza și performanța calmă sunt preocuparea sa principală (ca simbol al eficienței falice). Poziția favorită a unui băiat școlar pe *terenul de fotbal* trădează ceva despre relațiile sale apropiate cu cei de vârsta lui, în limbajul simbolic al atacului, apărării, abilității sau inabilității de a fi competitiv, de a reuși, de a adopta rolul masculin activ etc. Pasiunea pentru cai a unei fetițe trădează atât dorințele sale primitive autoerotice (dacă plăcerea sa este limitată la mișcarea ritmică a calului); sau identificarea sa cu mama care are grijă (dacă ceea ce o bucură mai presus de orice este să îngrijească calul, să-l țesăle etc.); sau invidia sa de penis (dacă ea se identifică cu animalul mare și puternic și îl tratează ca pe o anexă a corpului său); sau sublimările sale falice (dacă ambiția ei este aceea de a stăpâni calul, de a-l călări etc.).

Comportamentul copiilor față de *mâncare* revelează observatorului cunoscător mai mult decât o simplă „fixație la stadiul oral”, la care se înscriu în mod obișnuit majoritatea capriciilor alimentare, și la care lăcomia copilului este reprezentarea manifestă cea mai evidentă. Dacă se caută amănunțit, pot fi găsite și alte elemente la fel de revelatoare. Mai mult decât orice, din moment ce tulburările alimentare sunt unele de dezvoltare<sup>1</sup>, legate de anumite faze și nivele de creștere ale Sinelui și ale Eului, observarea și explorarea lor detaliată îndeplinește funcția de semn sau semnal a detaliilor de comportament, la perfecție.

Mai rămâne domeniul *hainelor*, din care pot fi extrase alte valoroase indicii. Este binecunoscut că exhibiționismul poate fi deplasat de la corp la ceea ce îl acoperă și apare la suprafață sub forma vanității. Dacă este refutat și se reacționează împotriva sa, atunci va apărea ca neglijență în materie de îmbrăcăminte. Sensibilitatea disproporționată cu privire

<sup>1</sup> Vezi capitolul 5.

la materialele aspre și „zgârietore“ indică erotismul refutat al pielii. La fete, neplăcerea propriei anatomii feminine se prezintă sub forma evitării hainelor feminine, a volanelor, a podoabelor sau opusul: sub forma dorințelor excesive pentru rochii arătoase, scumpe.

Această multitudine de atitudini, atribute și activități este afișată în mod deschis de copil, peste tot, atât acasă cât și în viața școlară sau în orice cadru care este ales de observator. În timp ce fiecare element este genetic legat de acel derivat pulsional care i-a dat naștere, acestea permit extragerea de concluzii directe din comportamentul copilului, asupra unei părți din preocupările și conflictele ce joacă un rol central în mintea sa ascunsă.

În realitate, există un asemenea aflux de date comportamentale care pot părea utile în mintea observatorului format psihanalitic, încât analiștii de copii trebuie să fie avertizați pentru a nu o lua razna din cauza acestora. De fapt, deducțiile de acest fel nu au utilizare terapeutică; sau pentru a o exprima și mai ferm: sunt inutile terapeutic. A face din ele baza interpretării simbolice ar însemna ignorarea apărărilor lor pe care Eul le-a construit împotriva conținutului înconștient, aceasta însemnând creșterea angoaselor pacientului, creșterea rezistențelor, pe scurt, comiterea erorii tehnice a evitării interpretării psihanalitice propriu-zise. În al doilea rând, măsura acestor intuiții nu trebuie să fie supraevaluată. Alături de elementele comportamentale care au devenit transparente, se află o multitudine de alte elemente derivate nu în mod special dintr-o anumită sursă, ci câteodată dintr-unul și alte ori din altul dintre impulsurile subiacente, fără a fi specifice legate de vreunul dintre acestea. În afara explorării în analiză, aceste forme de comportament rămân de aici înainte fără concluzii.

### *Eul sub observație*

Dacă în domeniile și din aspectele descrise mai sus observatorul direct se descoperă a fi în dezavantaj prin comparație cu analistul practicant, statutul primului se îmbunătățește decisiv prin includerea psihologiei Eului în practica psihanalitică. În măsura în care Eul și Supraeul sunt structuri conștiente, observația directă, adică de suprafață, devine un instrument potrivit de explorare, în completare și cooperare cu explorarea profunzimilor. În primul rând, nu există nici o controversă în raport cu folosirea observației în afara ședinței analitice cu privire

la sfera neconflictuală a Eului, reprezentată de diferitele aparate ale Eului care servesc senzația și percepția. În pofida faptului că rezultatul acțiunilor acestora este de primă importanță pentru internalizare, identificare și formare a Supraeului, adică pentru procese care sunt accesibile doar în practica analitică, ele însele și gradul de maturare atins de acestea sunt măsurabile din exterior.

În al doilea rând, în măsura în care sunt vizate funcțiile Eului, analistul este ajutat în măsură aproape egală de observație, atât în interiorul cât și în exteriorul cadrului analitic. Controlul Eului copilului asupra funcțiilor motorii și dezvoltarea vorbirii, de exemplu, pot fi evaluate prin simplă observație. Memoria este măsurată prin teste în măsura în care ne interesează eficiența și durata acesteia, în timp ce pentru a măsura dependența sa de principiul plăcerii (a-și reaminti plăcerea și a uita neplăcerea) este nevoie de investigație analitică. Integritatea sau defectele testării realității sunt revelate în comportament. Pe de altă parte, funcția sintetică lucrează în culise, iar afectarea ei se impune a fi urmărită în analiză, cu excepția cazurilor celor mai severe de disfuncție, ce devin evidente.

Observarea de suprafață și cea de profunzime sunt complementare de asemenea în ceea ce privește unele aspecte vitale, cum ar fi modurile de funcționare psihică. Descoperirea unui proces primar și a unuia secundar, primul guvernând travaliul visului și formarea de simptom, cel din urmă gândirea conștientă, rațională, se datorează, desigur, practicii analitice. Dar, o dată stabilite și descrise, diferența dintre cele două procese poate fi văzută și dintr-o privire, de exemplu, în observarea extra-analitică a copiilor în cel de-al doilea an de viață sau a preadolescenților și adolescenților cu înclinații spre delicvență. În ambelele tipuri de copii, alternările rapide între cele două moduri de funcționare sunt la vedere. În momentele de repaus mental, comportamentul este guvernat de procesul secundar; în momentul în care un impuls (de satisfacere sexuală, de atac, de posesie) devine urgent, funcționarea procesului primar preia controlul. În final, există și acele arii de lucru în care observarea directă privită în contrast cu explorarea analitică, devine metoda de elecție. Există limitări ale analizei<sup>1</sup>, impuse, pe de o parte, de posibilitățile de comunicare ce se află la dispoziția copiilor și, pe de altă parte, de ceea ce este recuperabil în transferul analitic al

<sup>1</sup> Vezi de asemenea Heinz Hartmann, 1950a.

adulților și poate fi folosit pentru a reconstrui experiența infantilă. Mai presus de orice, nu există o cale foarte sigură ce conduce din analiză, la perioada preverbală. În acest domeniu, în ultimii ani, observația directă a adăugat la cunoașterea analistului multe aspecte privitoare la relația mamă-copil și la impactul influențelor mediului în primul an de viață. Mai mult, diferitele forme ale angoasă de separare timpurii au devenit vizibile pentru prima dată în instituțiile de îngrijire, creșe, spitale și nu în analiză. Astfel de lămuriri își datorează existența observației directe. Pe de altă parte, observația directă este datorată la rândul ei faptului că nici una dintre aceste descoperiri nu a fost făcută înainte ca observatorii să fi fost pregătiți analitic și că cele mai importante adevăruri, cum ar fi succesiunea fazelor dezvoltării libidinale și complexe infantile în ciuda derivatelor lor manifeste, au rămas ignorate de către observatori până când ele au fost reconstruite din travaliul analitic.

Există de asemenea situații în care observația focalizată, studiul longitudinal și analiza copilului lucrează în combinație. Obținem informațiile cele mai complete dacă înregistrările detaliate ale comportamentului copilului sunt urmate de analiză în copilăria mai târzie, iar rezultatele comparate; sau dacă analiza unui copil servește sub forma unei introduceri la un studiu detaliat longitudinal al comportamentului manifest. Este un avantaj în plus că în astfel de experimente cele două metode (analiza versus observarea directă) servesc una pentru cealaltă<sup>1</sup> ca o atât de necesară verificare.

<sup>1</sup> Vezi în acest domeniu studiile realizate de Ernst și Marianne Kris în Centrul de Studiu al Copilului, Yale University, USA și în Hampstead Child-Therapy Clinic, Londra, Anglia. [Hampstead Child-Therapy Clinic - Clinica de Terapie Copilului din Hampstead (N.t.).]

## CAPITOLUL 2

### Relațiile între analiza copilului și analiza adultului

#### PRINCIPIILE TERAPEUTICE

Deși diferențele între analiza copilului<sup>1</sup> și cea a adultului au apărut în mod gradat în prim plan, tocmai analiștii de copii nu s-au grăbit să proclame independența procedurii lor de la tehnica clasică. În mod contrar, tendința era în mod principal aceea de a accentua asemănările sau aproape identitatea celor două procese.

Părea aproape o chestiune de prestigiu pentru acei analiști care erau implicați și în tratarea copiilor de a susține faptul că se simțeau legați de aceleași principii<sup>2</sup> terapeutice, la care erau angajați în cadrul analizei adulților.

Traduse în termenii analizei copilului, aceste principii implică:

- (i) a nu face uz de autoritate și a elimina în consecință, pe cât posibil, sugestia ca un element al tratamentului;
- (ii) de a discredita abreacția ca instrument terapeutic;
- (iii) de a păstra manipularea (gestionarea) pacientului la minimum, adică a interfera cu situația din viața copilului doar atunci când acționează influențe periculoase sau potențial traumatice (seductive) demonstrabile;
- (iv) de a considera analiza rezistenței și a transferului, cât și interpretarea materialului inconștient, ca instrumente legitime ale terapiei.

Cu o tehnică a analizei copilului guvernată de aceste considerații, analiștii de copii se pot simți satisfăcuți că nu poate exista definiție mai bună a acțiunilor lor decât aceea folosită pentru analiza clasică: a analiza rezistența Eului în fața conținutului Sinelui și a permite travaliului de interpretare să se miște liber între Eu și Sine, urmând apariția materialului; a aborda de la suprafață în profunzime; a oferi persoana analistului

<sup>1</sup> În tot ceea ce este precizat aici și mai departe despre analiza copilului, mă refer doar la acel tip de care eu sunt legată, și nu la alte varietăți de tehnică și la teoriile derivate din acestea.

<sup>2</sup> Vezi Edward Bibring (1954).

ca un obiect de transfer pentru resuscitarea și interpretarea fantasmelor și atitudinilor inconștiente; a analiza impulsurile pe cât posibil în starea de frustrare și de a evita ca ele să fie puse în act și gratificate; de a aștepta ușurarea tensiunii nu prin catharsis, ci prin ridicarea materialului de la nivelul funcționării sale în procesul primar, la procese secundare ale gândirii; pe scurt: a transforma conținutul Sinelui în conținut al Eului.

### TENDINȚELE CURATIVE

Chiar dacă analiza copiilor este similară analizei adulților în privința principiilor care stau la baza coordonării situației, analiza copilului diferă de analiza adulților în ceea ce privește alte condiții fundamentale ale terapiei. Conform unei formulări foarte utile a lui E. Bibring (1937), psihanaliza cu adulții își datorează succesul său terapeutic eliberării unor forțe particulare care sunt în mod normal prezente în interiorul structurii personalității și care lucrează în mod spontan în direcția vindecării. Aceste „tendințe curative”, după cum le-a numit E. Bibring, dacă sunt însoțite de tratament, sunt exploatate în scop analitic. Ele sunt reprezentate de nevoile interioare ale pacientului de a-și completa dezvoltarea, de a atinge satisfacerea pulsională și de a repeta experiența emoțională; de preferința sa de a fi normal, mai degrabă decât anormal; de abilitatea sa de a asimila și integra experiența; și de a externaliza părți ale propriei sale personalități asupra obiectului.

Exact în această privință copiii diferă de adulți, iar aceste diferențe sunt menite să afecteze reacțiile terapeutice în cele două tipuri de tratament. Pacientul adult nevrotic luptă pentru *normalitate* pentru că aceasta păstrează pentru el promisiunea plăcerii în sex și a succesului în practică, în timp ce pacientul copil poate vedea „a se face bine” în termenii neplăcuți ai faptului de a trebui să se adapteze la o realitate neplăcută și să renunțe la îndeplinirile imediate ale dorinței și la beneficiile secundare. Tendința adultului de a *repetă*, care este importantă pentru crearea transferului, este complicată la copil de foamea sa de *experiențe noi* și de obiecte noi. *Asimilarea și integrarea*, care sunt ajutoare esențiale ale fazei de „perlaborare”, sunt contracarate în copil de accentul specific vârstei asupra mecanismelor opuse cum

ar fi *negarea, proiecția, izolarea, clivajul Eului*. Necesitatea de a obține satisfacerea pulsională, care justifică răbufnirile din Sine și care este indispensabilă pentru producerea de material în general, este atât de puternică la copii, încât devine mai degrabă o piedică decât un avantaj în analiză. De fapt, analiza copilului ar primi foarte puțin ajutor de la forțele curative, dacă nu ar exista o excepție care să restabilească echilibrul. Prin definiție, și datorită proceselor de maturizare, necesitatea de a *desăvârși dezvoltarea* este nemăsurat mai puternică la cel imatur decât va mai fi vreodată în viața adultă. La adultul nevrotic, cantități de libido și de agresivitate, împreună cu contrainvestiri împotriva lor, sunt închise în simptomatologia sa; noua energie pulsională, imediat ce a fost produsă, este forțată în aceeași direcție. În schimb, personalitatea nedefinitivată a copilului se află într-o stare fluidă. Simptomele care servesc ca soluții la conflicte la un anumit nivel de dezvoltare se dovedesc inutile la următorul și se renunță la ele. Libidoul și agresivitatea sunt într-o permanentă mișcare și mult mai predispușe decât la adulți să curgă în noile canale care sunt deschise prin terapia analitică. De fapt, acolo unde patologia nu este prea severă, analistul de copii se va întreba după încheierea cu succes a tratamentului cât de mult din ameliorare poate pretinde că este urmarea măsurilor sale terapeutice și cât de mult trebuie să subscrie mișcărilor de dezvoltare spontane și de maturizare.

### TEHNICĂ

Comparativ cu asemenea elemente esențiale, mult discutatele diferențe de tehnică între analiza copilului și cea a adulților par aproape de importanță secundară. Este de așteptat ca, având în vedere imaturitatea lor, copiilor să le lipsească multe dintre calitățile și atitudinile care, la adulți, sunt considerate a fi indispensabile pentru a desfășura o analiză: faptul că ei nu au intuiție asupra anormalităților lor; că, în consecință, ei nu dezvoltă aceeași dorință de a se face bine și același tip de alianță terapeutică; că în mod obișnuit Eul lor este de partea rezistențelor; că ei nu decid pe cont propriu să înceapă, să continue sau să încheie tratamentul; că relația lor cu analistul nu este exclusivă, ci include părinții, care trebuie să înlocuiască sau să suplimenteze Eul sau Supraeul

copilului în anumite circumstanțe. Orice istorie de analiză a unui copil este mai mult sau mai puțin sinonimă cu istoria eforturilor de a depăși și contracara aceste dificultăți.

### *Absența asocierii libere*

Caracteristicile copilăriei, menționate mai sus, oricât de importante ar fi, joacă un rol minor în variațiile de tehnică de la analiza adultului la cea a copilului, comparativ cu un factor major: inabilitatea sau lipsa de voință a copilului de a produce asociere liberă. Copiii pot povesti vise sau reverii cum fac adulții, dar fără asociere liberă nu există o cale viabilă de la conținutul manifest la cel latent. Ei pot comunica verbal, după ezitări inițiale, dar fără asociere liberă aceasta nu îi va purta dincolo de limitele minții conștiente. Atitudinea fără compromis față de asocierea liberă se întâlnește la toți copiii, fie pentru că ei nu au suficientă încredere în propria forță a Eului pentru a suspenda cenzura, fie pentru că nu au suficientă încredere în adulți pentru a fi sinceri cu aceștia.

Din câte știu eu, de-a lungul anilor nu s-a descoperit nici un remediu pentru această lipsă. Jucatul cu jucării, desenatul, pictatul, punerea în scenă a unor jocuri fantasmate, jocul de roluri în transfer, au fost introduse și acceptate în locul asocierii libere și *faute de mieux*<sup>1</sup>, analiștii de copii au încercat să se convingă ei înșiși că acestea reprezintă substitute valide pentru asocierea liberă. În realitate, ele nu sunt același lucru. Unul dintre dezavantaje este cel că unele dintre aceste modalități de comportament produc în principal material simbolic și că acesta introduce în analiza copilului elementele de îndoială, incertitudine, arbitrar, care sunt inseparabile de interpretarea simbolică în general. Un alt dezavantaj constă în faptul că, sub presiunea inconștientului, copilul *acționează* în loc să vorbească și asta din nefericire introduce limite în situația analitică. În timp ce libertatea asocierii verbale însoțită de reținerea motilității este practic fără limite, la același principiu neputându-se adera atâta timp cât se ia în discuție acțiunea motorie în interiorul și în afara transferului. Acolo unde copilul pune în pericol siguranța sa sau a analistului, provoacă distrugerii mari ale bunurilor sau încearcă să seducă sau să provoace seducția, analistul de copii nu se poate opri să nu intervină, în pofida celei mai mari stăpâniri de sine

și ale celor mai bune intenții contrarii și chiar dacă materialul cel mai valoros ar ieși la suprafață în acest fel. Cuvintele, gândurile și fantezmele egalează visele în lipsa de impact asupra realității, în timp ce acțiunile aparțin unei categorii diferite. Nu este de nici un ajutor să promiți pacienților copii că pot lăsa toate constrângerile la o parte în timpul ședinței de analiză și — în paralel cu autorizația de a vorbi dată în analiza adulților — „că pot *face* ce vor”. Copilul îl va convinge repede pe analist că o asemenea libertate de acțiune nu este fezabilă și că promisiunea nu poate fi ținută.

Se sugerează și o altă diferență între cele două tehnici, o diferență căreia nu i s-a dat o prea mare atenție. În timp ce asocierea liberă pare să elibereze în primul rând fantezmele sexuale ale pacientului, acțiunea liberă — chiar dacă oarcum liberă — acționează într-un mod paralel asupra tendințelor agresive. Ceea ce copiii pun în act într-un mod copleșitor în transfer este în consecință agresivitatea lor, sau partea agresivă a pregenitalității lor care îi îndeamnă să atace, să dea, să lovească cu piciorul, să scuipe și să provoace analistul. Tehnic, acestea creează dificultăți, în măsura în care un timp valoros de tratament trebuie adesea cheltuit cu eforturile de a controla excesele de agresivitate pe care toleranța analitică le-a eliberat inițial. Teoretic, această legătură între trecerea la act și agresivitate poate produce o imagine părtinitoare asupra proporției între libido și agresivitate în copil.

Că aceste treceri la act care nu conduc la interpretare, sau pentru care interpretarea nu este acceptată, nu sunt benefice este un fapt de nedisputat, desigur. Deși sunt adecvate vârstei ca expresie și în consecință normale, ele nu conduc la insight sau schimbare. Dar credințele contrarii, care sunt reziduurile perioadei cathartice ale psihanalizei, au persistat în analiza copilului în anumite locuri, mult după ce s-a renunțat la ele în analiza adulților.

### *Interpretare și verbalizare*

Faptul că sarcina analistului de a interpreta materialul inconștient este aceeași în raport cu copiii și cu adulții, este o afirmație care necesită anumite amendamente și clarificări. Ea este adevărată, evident, doar dintr-o perspectivă. Și cu copiii scopul analizei rămâne acela al extinderii conștiinței, fără de care controlul Eului nu poate fi crescut. Acest scop trebuie să fie atins, chiar dacă obstacolele tehnice, cum ar fi absența

<sup>1</sup> În franceză, în original (N.t.).

asocierii liberei și intensitatea trecerii la act, vor crește dificultatea acestei întreprinderi.

Diferența între cele două tehnici constă nu în scop, ci în tipul de material care iese la suprafață pentru a fi interpretat. Cu adulții, analiza tratează pe distanțe lungi un material aflat sub refulare secundară, adică prin a desființa apărările împotriva derivatelor Sinelui care au fost respinse din conștiință într-un moment sau în altul. Numai ajunsă acolo, ea poate acționa asupra elementelor aflate sub refulare primară, care sunt preverbale, care nu au făcut niciodată parte din Eul organizat și nu pot fi „reamintite“, ci doar re trăite în cadrul transferului. Deși acest procedeu este același cu copiii mai mari, el diferă cu cei mai mici, la care proporția elementelor de primul și de-al doilea tip, cât și ordinea apariției lor în analiză, este inversată.

Eul copilului mic are sarcina, în dezvoltare, de a stăpâni, pe de o parte, orientarea în lumea externă și, pe de altă parte, stările haotice emoționale care există în interiorul lui însuși. Reputeză victorii și avansează atunci când strânge astfel de impresii, puse în gânduri sau cuvinte și supuse procesului secundar.

Dintr-o multitudine de motive, copiii mici vin în tratamentul analitic cu această dezvoltare, întârziată sau incompletă. Cu ei, procesul interpretării propriu-zise merge mână în mână cu verbalizarea numeroaselor conflicte care, în acest fel, nu sunt incapabile de a ajunge conștiente (adică, sub refulare primară), dar nu au reușit încă să ajungă la statutul de Eu, conștiință și elaborare secundară.

Importanța verbalizării lor pentru dezvoltarea timpurie a fost în mod special accentuată de Anny Katan (1961) care insistă că momentul când are loc formarea Supraeului depinde, într-o anumită măsură, de momentul în care copilul obține abilitatea de a înlocui procesul primar de gândire cu procesul secundar de gândire; se știe că verbalizarea este condiția esențială pentru procesul secundar de gândire; că verbalizarea percepțiilor lumii externe precede verbalizarea conținutului lumii interne; și că acesta din urmă, la rândul său, promovează testarea realității și controlul Eului asupra impulsurilor Sinelui. De fapt, pătrunderea în rolul pe care îl joacă verbalizarea în dezvoltare, nu este în nici un fel nouă în analiză; o regăsim remarcată pentru prima dată în următorul citat: „omul care a aruncat pentru prima oară un cuvânt de insultă dușmanului său, în locul unei lovituri, a fost fondatorul civilizației“ (S. Freud, 1893, p. 36).

În timp ce verbalizarea ca parte a interpretării inconștientului refulat aparține analizei la toate vârstele, verbalizarea în sensul de mai sus joacă un rol specific în analizele tuturor copiilor care încep o analiză la o vârstă și un stadiu de dezvoltare foarte timpurii sau cu severe întârzieri, opriri sau defecte ale dezvoltării Eului.

### Rezistențele

În privința rezistențelor, speranțele inițiale, conform cărora analistul de copii ar avea o muncă ușoară în această chestiune, nu au fost împlinite. Inconștientul copilului nu a dovedit că ar fi mai puțin strict separat de conștiință decât cel al adulților. Aducerea derivatelor Sinelui la suprafață în timpul ședinței analitice nu a fost ceva simplu de realizat. În mod contrar chiar, forțele opuse analizei sunt, în orice caz, mai puternice la copii decât la pacienții adulți.

Rezistențele în analizele adulților sunt în mod obișnuit urmărite în funcție de procesele interne sau de instanțele care le dau naștere. *Eul* rezistă la analiză pentru a asigura apărările fără de care neplăcerea, angoasa și vinovăția, care fuseseră îndepărtate, ar trebui înfruntate din nou. *Supraeul* ia permisiunea analitică pentru gânduri și fantasme drept amenințare la adresa existenței sale. *Derivatele pulsionale* din interiorul sau din afara transferului, deși eliberate de procesul analitic, acționează ca rezistențe împotriva lui, dacă acestea presează pentru satisfacerea lor în acțiune, în loc să se oprească atunci când au servit scopului de insight. De asemenea, Sinele rezistă schimbării, pentru că este legat de principiul repetiției.

Copiii împart toate aceste rezistențe legitime cu adulții, unele dintre ele intensificate, variate și extinse. Ei adaugă, mai departe, o serie de dificultăți și obstacole care sunt specifice pentru situația internă și externă a unui individ în dezvoltare:

(i) În măsura în care copilul nu începe o analiză din propria sa voință, și nu face nici un contract cu analistul, el nu se simte legat de nici o regulă analitică.

(ii) În măsura în care copilul nu are o viziune de lungă durată a vreunei situații, în prezent, disconfortul, greutatea și angoasa cauzate de tratament cântăresc mai greu pentru el, decât ideea unui beneficiu în viitor.



(iii) În timp ce, adecvat vârstei, copilul acționează în loc să vorbească, „trecerea la act” domină analiza, cu excepția copiilor obsesionali<sup>1</sup>.

(iv) În măsura în care Eul imatur al copilului nu este echilibrat într-un mod sigur între presiunile interioare și cele exterioare, el se simte mult mai amenințat de analiză decât adultul și apărările sale sunt păstrate mult mai rigid<sup>2</sup>. Acestea se referă la întreaga copilărie, dar sunt resimțite cu o intensitate specială la începutul adolescenței. Pentru a se apăra de apropiata creștere în activitatea pulsională, adolescentul își fortifică în mod normal apărările sale și, o dată cu ele, rezistența la analiză.

(v) În timp ce pe tot parcursul copilăriei, metodele de apărare mai primitive continuă să opereze în paralel cu cele mai mature, rezistențele Eului bazate pe apărări sunt crescute ca număr, comparativ cu cele ale adultului.

(vi) Din moment ce, în mod obișnuit, Eul său este de partea rezistențelor, orice copil dorește să fugă din analiză în momentele de presiune ridicată a materialului inconștient sau de transfer negativ intens și ar face așa dacă nu ar fi ținut în tratament cu ajutorul părinților.

(vii) În măsura în care nevoia de a se extinde și de a respinge trecutul este mai mare în anumite perioade de dezvoltare decât în timpul altora, rezistența copilului la analiză fluctuează corespunzător. O situație de acest fel este faza de tranziție între perioada oedipiană și cea de latență. Conform dictatelor dezvoltării, trecutul infantil este încuiat acolo, repudiat și acoperit de amnezie; conform dictatelor analizei, comunicarea cu trecutul trebuie păstrată deschisă. În consecință, ciocnirea dintre cele două ne preocupă. Pentru copilul nevrotic sau altfel perturbat, nevoia de terapie nu scade în acest moment, dar voința sa de a urma-o, da.

Același lucru se întâmplă în timpul adolescenței, când adolescentul are nevoie să se îndepărteze de obiectele sale infantile, în timp ce analiza promovează retrăirea relațiilor infantile în transfer. Aceasta este resimțită ca o deosebită amenințare de pacient și cauzează frecvent întreruperea abruptă a tratamentului.

(viii) În timp ce toți copiii tind să-și externalizeze conflictele lor interioare sub formă de bătălii cu mediul, ei caută mai mult soluții din partea mediului, care sunt preferate schimbărilor interne. Când predo-

mină această apărare, copilul arată o totală lipsă de voință de a urma analiza, o atitudine care este luată de multe ori în mod eronat drept „transfer negativ” și (fără succes) interpretată ca atare.

În acest context, analistul de copii este confruntat cu multe situații dificile de tratament, care îl pun la încercare. Ceea ce simte cel mai acut este faptul că trebuie să se descurce pe lungile căi ale analizei fără o alianță terapeutică cu pacientul său.

### *Transferul*

Învățând din experiență, eliminând faza introductivă (exceptând anumite cazuri) și prin folosirea deliberată a analizei apărărilor (Bornstein, 1949) ca pe o introducere, mi-am modificat opinia mea mai veche, că transferul în copilărie este restrâns doar la „reacții transferențiale” și că nu s-ar dezvolta până la statutul său complet de „nevroză de transfer”. Totuși, nu sunt încă convinsă că ceea ce se numește nevroză de transfer la copii este echivalentă în toate privințele cu cea de la adulți. La întrebarea dacă este așa sau nu este și mai greu de răspuns, din moment ce răspunsul este ascuns de două dintre particularitățile analizei copilului, menționate anterior: fără folosirea asocierii libere în material nu vor apărea toate dovezile transferului copilului; și datorită trecerii la act a copilului în locul asocierii, transferul agresiv este supraaccentuat și îl umbrește pe cel libidinal.

În privința tratamentului adulților, poziția cu privire la transfer a constituit un subiect controversat în ultimii ani. Unii dintre noi mai aderă încă la credința mai ortodoxă că la începutul tratamentului există o relație reală (doctor-pacient), care în mod gradat și crescând devine distorsionată prin adăugarea elementelor libidinale regresive și agresive care sunt transferate din trecut asupra persoanei analistului și că aceasta continuă până când în nevroză de transfer deplin formată, relația reală este complet submersă celei nerealiste. Se așteaptă ca prima să se restabilească la sfârșitul tratamentului după ce elementele infantile au fost detașate de ea, prin interpretare, și după ce fenomenele de transfer și-au îndeplinit sarcina ce le-a fost dată: să furnizeze insight.

O perspectivă mai nouă se așteaptă ca manifestările de transfer să fie puse în evidență de la inițierea analizei și să aibă nevoie de interpretare în acest fel, și nu doar în comparație cu atitudinile realiste pe care le înlocuiesc. Fiind considerate de primă importanță, ele împing în exte-

<sup>1</sup> Vezi deasupra: acțiune în locul asocierii libere.

<sup>2</sup> Vezi deasupra: refuzul asocierii libere.

rior aproape toate celelalte surse de material ale analistului și devin „calea regală către inconștient“, un titlu de onoare care în trecut fusese rezervat viselor. În situații extreme, implicarea analistului în raport cu acest aspect al tratamentului poate deveni atât de importantă încât analistul se află în pericolul de a uita că transferul este un mijloc spre un scop, și nu o măsură terapeutică în sine.

Aceste perspective asupra transferului mi se par a fi bazate pe trei presupuneri:

(1) că orice s-ar întâmpla în cadrul structurii personalității pacientului poate fi analizat în termenii relației de obiect cu analistul;

(2) că toate nivelele relației de obiect sunt în mod egal deschise interpretării și schimbate de ea în aceeași măsură;

(3) că singura funcție a figurilor din mediu, și fără a avea vreo alta, este de a fi recipiente ale investițiilor libidinale și agresive.

Verificând aceste considerații în contextul experienței analistului de copii, ele pot aduce oarece lumină asupra relevanței lor pentru adulți.

#### ANALISTUL DE COPII CA UN OBIECT NOU

În analiza copilului, mai mult decât în aceea cu adulții, devine evident că persoana analistului este folosită de către pacient într-o varietate de moduri.

După cum am discutat mai înainte<sup>1</sup>, toți indivizii, pe măsură ce se dezvoltă și se maturizează, au o foame pentru *experiențe noi* care este la fel de puternică pe cât este și nevoia de *a repeta*. Prima este o parte importantă a dotării normale a copilului; totuși, dezvoltarea nevrotică înclină balanța în favoarea ultimei. Copilul care începe o analiză vede în analist un obiect nou și îl tratează ca atare, în măsura în care posedă o parte sănătoasă în personalitatea sa. El îl va folosi pe analist pentru repetiție, adică transfer, în măsura în care apar în scenă nevroza sau alte tulburări. Relația dublă nu este manevrată cu ușurință de către analist. Dacă el acceptă statutul de obiect nou, diferit de părinți, va interfera fără îndoială cu reacțiile transferențiale. Dacă ignoră sau respinge această parte a relației, îl dezamăgește pe pacientul copil în

<sup>1</sup> Vezi acest capitol, *Tendințele curative*.

așteptările sale, pe care acesta le simte legitime. El riscă apoi să interpreteze elemente de comportament ca transferate, deși acestea nu sunt transferate. A învăța cum trebuie să sorteze amestecul și cum să se miște cu grijă între cele două roluri care îi sunt atribuite sunt elemente esențiale ale formării tehnice a oricărui analist de copii.

Elementul de „obiect nou“, adică atitudinile față de analist care nu sunt transferențiale, nu sunt absente din analiza adulților și punerea lui în lumină este folositoare. Dar foamea pentru experiențe noi nu este în individul matur nici așa de puternică, nici așa de centrală cum este în copil. Când aceasta pătrunde în relația cu analistul, ea servește în mod obișnuit funcției rezistenței.

#### ANALISTUL DE COPII CA OBIECT AL TRANSFERULUI LIBIDINAL ȘI AGRESIV

În ceea ce privește transferul propriu-zis, în decursul analizei, copiii ca și adulții repetă prin mijloacele regresiei și pun în scenă în jurul persoanei analistului relațiile lor de obiect de la toate nivelele de dezvoltare. Narcisismul, unitatea cu mama, împlinirea nevoii, constanța obiectului, ambivalența, stadiul oral, anal și falic-oedipian, toate dau elemente contributive care intră în situația analitică într-un moment sau în altul, uneori în ordine inversată, dar și conform cu tipul de tulburare, adică cu profunzimea regresiei în care se găsește copilul la începutul tratamentului. Pe lângă faptul că furnizează informații despre cel mai semnificativ dintre nivelele ce au contribuit la patogeneza individului, diferitele tendințe transferate colorează situația analitică fiecare în felul său. Auto-suficiența narcisică apare sub forma retragerii din lumea obiectelor, incluzându-l pe analist, ca barieră la efortul analitic. Atitudinile simbiotice reapar ca dorință de fuziune completă și neîntreruptă cu analistul; la adulți aceasta este adesea exprimată ca o pledoarie pentru hipnoză. Reapariția dependenței anaclitice se dovedește a fi o dificultate specială în analiză. Aceasta se deghizează ca dorință de a fi ajutat, dar datoria de a ajuta este plasată asupra analistului. În schimb, pacientul (adult sau copil) este gata să rupă legătura emoțională imediat ce i se cer eforturi și sacrificii. Întoarcerea la atitudinile orale alimentează atât revendicativitatea pacientului față de analist,

cât și insatisfacția față de ceea ce este oferit (la copil pentru materialul de joc etc., la adult pentru atenție); transferul tendințelor anale introduce încăpățănarea pacientului, reținerea materialului, provocările, atacurile ostile și sadice care creează dificultăți analistului, nu atât în cazul asocierii libere la adult cât cu pacientul copil care trece la act. Nevoia de a fi iubit și frica de pierdere a obiectului sunt transferate ca sugestibilitate și complianță față de analist; în ciuda aparenței lor pozitive, ambele sunt temute de analist, lucru justificabil din moment ce sunt responsabile de îmbunătățiri transferențiale înșelătoare. Pe scurt, pregenitalitatea și tendințele preoedipiene introduc în relația transferențială întreaga găzduire a elementelor negative și aproape „de rezistență”. În contrast cu acestea, sunt elementele benefice la care contribuie și apariția în transfer a constanței obiectului și a atitudinilor aparținând complexului oedipian pozitiv și negativ, cu achizițiile coordonate ale Eului de auto-observare, insight și funcționare a procesului secundar. Acestea vor cimenta alianța terapeutică cu analistul și o vor face să reziste la toate sușurile și coborășurile, ca și la vicisitudinile terapiei.

Conform raționamentului de mai sus, este necesar ca elementele preoedipiene ale transferului să fie interpretate înaintea celor oedipiene. Aceasta, probabil, poate fi luată ca o variație de la recomandarea tehnică, timpurie, a lui Freud, de a analiza transferul în momentul în care el este folosit pentru scopurile rezistenței. Aceasta se aplică, desigur, atât analizelor de copii, cât și celor de adulți.

Pentru analistul de copii, lucrurile menționate anterior explică unele dintre dificultățile tehnice experimentate cu cei mai mici înainte de a fi atins nivelul falic-oedipian și cu aceia mai mari a căror dezvoltare fusese blocată (în contrast cu regresia) la nivele preoedipiene. Nu se poate aștepta de la nici un tip de copil să răspundă la o metodă care este bazată pe cooperare voluntară cu analistul, adică pe atitudini neachiziționate încă, și deci trebuiesc introduse pentru ei ameliorări ale tehnicii. S-a învățat foarte mult în acest domeniu din tratamentul copiilor deprivați, fără mamă, fără casă, din lagărul de concentrare. S-a descoperit că acești pacienți care nu au obținut niciodată constanța obiectului în relațiile lor nu erau capabili să stabilească o alianță terapeutică fermă și durabilă cu analiștii lor, în transfer (vezi Edith Ludowyk Gyomroi, 1963).

## ANALISTUL DE COPII CA OBIECT PENTRU EXTERNALIZARE

Nu toate relațiile stabilite sau transferate de un copil în analiză sunt relații de obiect, în sensul în care analistul devine investit cu libido sau cu agresivitate. Multe sunt datorate externalizării, adică proceselor în care persoana analistului este folosită pentru a reprezenta o parte sau alta a structurii<sup>1</sup> personalității pacientului.

Atâta timp cât analistul îl „seduce” pe copil prin tolerarea libertății de gândire, fantasmelor și acțiunii (ultima în anumite limite), el devine reprezentantul *Sinelui* copilului, cu toate implicațiile pozitive și negative pe care îl are acest fapt pentru relație. Atâta timp cât verbalizează și ajută la lupta cu angoasa, el ajunge un *Eu auxiliar* de care copilul se agață pentru protecție. Datorită faptului că este un adult, analistul este văzut și tratat de copil și ca un Supraeu extern, adică în mod paradoxal judecătorul moral al derivatelor care au fost eliberate prin propriile sale eforturi.

Copilul re-pune în scenă astfel conflictele lui interne (intersistemice) prin lupte externe cu analistul, proces care furnizează material folositor. Interpretarea acestor externalizări în termeni de relații de obiect în cadrul transferului reprezintă o greșală, chiar dacă la origine toate conflictele din structură își au sursa în relațiile cele mai timpurii. În momentul terapiei, importanța lor constă de fapt în calitatea de a revela ce se întâmplă în lumea internă a copilului, în relațiile dintre instanțele lui interne, în contrast cu relațiile emoționale cu obiecte din lumea externă.

Analistul de adulți nu este nefamiliarizat cu externalizarea conflictelor intersistemice, cât și intrasistemice, la pacienții săi. Cei cu nevroze obsesionale severe pun în scenă certuri între ei și analiștii lor despre probleme minore pentru a scăpa de indeciziile lor dureroase, interioare, cauzate de ambivalență. Conflicte între activ și pasiv, luptele între masculin și feminin sunt externalizate, atribuindu-i analistului dorința pentru una sau cealaltă dintre soluții și luptându-se cu el ca și cu reprezentantul acesteia. În cazul analizelor dependențelor de droguri, analistul reprezintă în același timp, sau în alternanță rapidă, fie obiectul după care se tânjește, cum este drogul în sine, fie un *Eu auxiliar* chemat

<sup>1</sup> Vezi în legătură cu asta studiile lui Warren M. Brodey (1964) care stabilește același lucru cu privire la relațiile patologice ale copilului în interiorul familiei.

să ajute în lupta împotriva drogului. Rolul analistului ca Eu auxiliar este de asemenea binecunoscut din tratamentul schizofrenilor borderline. Un pacient confuz, înspăimântat de propriile fantasme paranoide, va folosi prezența analistului pentru a-și fortifica sănătatea. Tonul vocii analistului, rostirea unei interpretări (mai degrabă decât conținutul său) pot face ca procesul primar de gândire să dispară în fundal. Astfel de pacienți se agață de analist ca de Eul lor extern, dar acest fapt este complet diferit de felul în care se agață pacientului isteric, care își dorește analistul pe post de obiect al pasiunii lui.

Înțelegând în acest fel, externalizarea poate fi privită ca o subspecie a transferului. Tratată ca atare în interpretare și ținută separat de transferul propriu-zis, este o sursă valoroasă de insight în structura psihică.

#### DEPENDENȚA INFANTILĂ CA UN FACTOR ÎN ANALIZA COPILULUI ȘI ADULTULUI

Una dintre cele mai aprinse controverse cu privire la specificitatea analizei copilului este legată de întrebarea dacă și în ce fel să fie introduși părinții în procesul terapeutic. Deși acesta este în mod clar o problemă de tehnică, soluția în joc este una teoretică, și anume decizia dacă și din ce punct încolo se poate înceta ca un copil să mai fie considerat ca un produs și dependent de familia sa și trebuie să i se acorde statutul de entitate separată, o structură psihică în drepturile sale.

Dependența infantilă, ca un agent în formarea caracterului și a neurogenezei, este un concept familiar în scrierile lui Freud, unde este tratat ca „un fapt biologic” și luat ca responsabil pentru aproape toate achizițiile personalității ființei umane în dezvoltare. Temerii de pierdere a obiectului, de pierdere a iubirii, de pedeapsă la care copilul dependent este expus, el îi atribuie „compliance educațională” a celui din urmă, care în adult se transformă în teama de a fi dezaprobat de comunitate, adică „compliance socială”. Temerii de conștiință (vină) ca un reziduu și un rezultat al perioadei de dependență a copilului de om este considerată de el drept responsabilă și pentru chestiuni vitale cum ar fi capacitatea de a forma relații de obiect, în general, și complexul

oedipian, în particular; lupta culturală împotriva agresivității și nevoia de religie; pe scurt, pentru umanizarea, socializarea individului ca și pentru nevoile sale etice și morale.<sup>1</sup>

#### *Dependența ca un factor în analiza adultului*

În ciuda faptului că nu a fost luată niciodată în discuție importanța dependenței în cazul pacienților adulți, la aceasta s-a făcut referire doar în raport cu antedecedentele lor, adică în raport cu aspectul genetic al problemei. Atâta timp cât sunt în discuție aspectele dinamice, topografice și economice, pacienții sunt considerați ca ființe independente, cu instanțe interne și structuri proprii și cu conflictul nevrotic plasat în interiorul personalității, intrând în contact și fiind conectat doar secundar cu mediul.

Ceea ce a rezultat din această viziune în raport cu terapia, a fost inevitabil. Tehnica analitică a fost strict concepută pentru a fi folosită în interiorul structurii: materialul să fie dat de pacientul însuși, despre el însuși; mediul să fie văzut nu obiectiv, ci subiectiv, prin ochii pacientului; relația între analist și pacient să fie privată și exclusivă;

<sup>1</sup> Vezi în acest context în mod special următoarele scrieri ale lui Freud:

„...faptele biologice că copiii rasei umane trec printr-o lungă perioadă de dependență și sunt lenți în atingerea maturității...” (1919, p.261).

„... că complexul Oedip este psihic corelat cu două aspecte biologice fundamentale: lungă perioadă de dependență a copilului...” (1924, p.208).

„Factorul biologic este lungă perioadă de timp în care copilul speciei umane este într-o condiție de neajutorare și dependență. Existența sa intrauterină pare scurtă în comparație cu aceea de la multe animale, iar el este trimis pe lume într-o stare mult mai puțin desăvârșită. Ca rezultat, influența lumii externe reale asupra lui este intensificată și este promovată o diferențiere timpurie între Eu și Sine. Mai mult decât atât, pericolele lumii externe au o mai mare importanță pentru el, astfel încât valoarea singurului obiect care îl poate proteja împotriva lor și poate lua locul vieții sale intrauterine inițiale este amplificată enorm. Factorul biologic stabilește situațiile timpurii de pericol și creează nevoia de a fi iubit care îl va însoți pe copil pe tot restul vieții sale.” (1926, p. 154f).

„Apărarea împotriva neajutorării infantile este ceea ce împrumută trăsături caracteristice ... formării religiei.” (1927, p. 24).

Motivul luptei culturale împotriva agresivității „este ușor descoperit în neajutorarea [copilului] și în dependența sa de alte persoane și poate fi cel mai bine desemnat ca teamă de pierdere a iubirii” (1930, p. 124).

relațiile trecute și prezente ale pacientului să fie repuse în scenă în această intimitate.

În ciuda unor păreri<sup>1</sup> nonconformiste, acesta a rămas cadrul în interiorul căruia se dezvoltă mai departe tehnica de analiză a adulților.

### *Dependența ca un factor în analiza copilului*

În mod evident, nici unul dintre aceste elemente nu este de ajutor analistului de copii care întâlnește dependența, în timp ce aceasta este un proces în desfășurare. Este lăsat în seama lui să stabilească anvergura influenței prezente a acesteia asupra pacientului în măsura în care sunt vizate stadiul de dezvoltare, patogeneza și terapia.

În ceea ce privește stadiul de dezvoltare al pacientului, adică pașii făcuți de el către obținerea individualității, este esențial pentru analist să realizeze în care dintre domeniile importante se sprijină copilul pe părinți și cât de mult i-a depășit. Faptul că *starea sa de dependență* sau independență este în acord cu vârsta cronologică se poate stabili aproximativ din următoarele utilizări consecutive date părinților de către copil:

- pentru unitatea narcisică cu o persoană maternă, la vârsta la care nu face nici o diferențiere între Self și mediu;
- pentru a se sprijini pe capacitatea lor de înțelegere și manipulare a condițiilor externe, în așa fel încât nevoile corporale și derivatele pulsionale să poată fi satisfăcute;
- ca personaje în lumea externă la care inițial poate fi atașat libidoul narcisic și unde acesta poate fi convertit în libido obiectal;
- pentru a acționa ca agenți limitativi la satisfacerea pulsională, astfel inițiind stăpânirea Sinelui de către Eul propriu;
- pentru a furniza modelele pentru identificare care sunt necesare pentru clădirea unei structuri independente.

În ceea ce privește rolul părinților în *cauzarea bolii*, analistul de copii trebuie să aibă multă grijă pentru a nu fi înșelat de aparențele de suprafață și, mai presus de orice, să nu confunde efectul anormalității copilului asupra mamei, cu influența ei patologică asupra copilului<sup>2</sup>.

Cea mai sigură și cea mai laborioasă metodă pentru evaluarea interacțiunii este analiza simultană a părinților cu copiii lor.<sup>1</sup>

Din aceste analize apar o serie de descoperiri referitoare la relații patologice părinte-copil cum ar fi următoarele:

Există părinți al căror atașament față de copil depinde de măsura în care acesta reprezintă pentru ei un ideal al lor înșiși sau o figură din trecutul lor. Pentru a păstra iubirea parentală în asemenea condiții, copilul va permite ca personalitatea sa să fie modelată într-un mod care nu îi este propriu și care neglijează sau care este în conflict cu potențialitățile sale innăscute.

Anumite mame sau tați desemnează copilului un rol din propria lor patologie și relaționează cu copilul pe această bază, și nu pe baza nevoilor reale ale copilului.

Multe mame trec de fapt anumite simptome asupra copiilor lor și, în consecință, trec la act împreună cu ei sub forma unei *folie à deux*<sup>2</sup> (vezi Dorothy Burlingham și alții, 1955).

În toate circumstanțele menționate, consecințele patologice pentru copil sunt cu atât mai intense cu cât părintele își exprimă mai mult relația sa anormală în acțiune, prin opoziție cu exprimarea în fantasmă. Când se întâmplă în primul mod, de fapt numai tratamentul părintelui sau tratamentul simultan va slăbi îndeajuns legătura între parteneri pentru a acționa ca măsură terapeutică pentru copil.<sup>3</sup>

Părinții pot juca de asemenea un rol în *menținerea* perturbării copilului. Anumite fobii din copilărie, refuzuri alimentare, ritualuri de somn sunt păstrate de pacientul copil doar în complicitate cu mama. Datorate spaimei ei față de angoasa copilului, la fel de mare pe cât o are și copilul însuși, mama participă activ la menținerea apărărilor, precauțiilor etc. și prin asta camuflează adevărata amploare a bolii copilului.<sup>4</sup>

Anumite acțiuni simptomatice, în special obsesionale, sunt de fapt scoase la lumină prin corpul mamei în loc de prin cel al copilului.

<sup>1</sup> Așa cum a fost scos la iveală în Hampstead Child-Therapy Clinic, ca și în alte locuri.

<sup>2</sup> În franceză, în original. (N.t.).

<sup>3</sup> Vezi în legătură cu asta Dorothy Burlingham și alții, (1955); Ilse Hellmann și alții (1960); Kata Levy (1960); Marjorie Sprince (1962).

<sup>4</sup> Vezi experiențele din ultimul război, când au ieșit la lumină (prin opoziție cu a fi fost produse) multe tulburări nevrotice atunci când copiii au fost separați de casele lor.

<sup>1</sup> Vezi, de exemplu, declarațiile lui R. Laforgue asupra nevrozelor familiale și nevoia de tratament a mai multora dintre membrii familiei.

<sup>2</sup> Cum se face cu ușurință, mai ales în cazul copiilor autiști.

Anumiți părinți, din motive patologice proprii, par a avea nevoie de un copil bolnav, perturbat sau infantilizat și mențin acest stare de fapt, în acest scop.

În ceea ce privește conducerea unei terapii, analistul de copii are toate motivele să-i invidieze pe colegii care tratează cu pacienții lor adulți într-o relație de la persoană la persoană. În analiza copilului, nu Eul pacientului, cât motivația și intuiția părinților vor fi cele pe care trebuie să se bazeze începerea, continuarea și încheierea tratamentului. Este sarcina părinților de a ajuta Eul copilului în a depăși rezistențele și perioadele de transfer negativ, fără să abandoneze analiza. Analistul este neajutorat dacă ei eșuează în această sarcină și trec de partea rezistențelor copilului. În perioadele de transfer pozitiv, părinții agravează adesea conflictul de loialitate părinte-analist care apare invariabil în copil.

Tehnica analiștilor de copii de a trata cu părinții variază în limite largi de la o extremă a excluderii lor complete din intimitatea tratamentului, la a-i menține informați, permițându-le să participe la ședințe (împreună cu cei mici), tratându-i sau analizându-i simultan, dar separat, până la exterma opusă a tratării lor pentru tulburarea copilului, preferată analizării copilului însuși.

### *Studii recente despre dependență*

Două lucrări recente asupra teoriei relației părinte-copil au rezumat poziția analistului în momentul actual, Phyllis Greenacre (1960) centrând materialul în jurul *maturizării*, Winnicott (1960) în jurul faptelor și consecințelor *îngrijirii materne*. Împreună, aceste lucrări prezintă o imagine comprehensivă a evenimentelor fazei preverbale de completă dependență, a influențelor interne și externe la lucru în această fază și a rolului jucat de ele în modelarea normalității și anormalității viitoare.

Există multe alte studii analitice extrase din travaliul din interiorul și exteriorul ședinței analitice, fiecare concentrându-se asupra unui aspect diferit al subiectului, cum ar fi: empatia dintre mamă și copil în timpul fazei de completă dependență (Winnicott, 1949); contribuția fazei de dependență la constituirea individului (Martin James, 1960); consecințele dăunătoare ale disprețuirii și întreruperii stadiului de dependență (A. Freud și D. Burlingam 1943, 1944; John Bowlby și alții, 1952; James Robertson, 1958; R. Spitz 1945, 1946); influențele importante

ale preferințelor și atitudinilor mamei în timpul perioadei de dependență completă (Joyce Robertson, 1962).

### **ECHILIBRUL ÎNTRE FORȚELE INTERNE ȘI EXTERNE ÎN CONCEPȚIA ANALISTULUI DE COPII ȘI A CELUI DE ADULȚI**

Contactul constant cu dependența emoțională a copilului față de părinți are consecințe cu bătaie lungă asupra concepției teoretice a analistului de copii.

Analistul de adulți, datorită impresiilor pe care le primește în practica sa cotidiană, nu se află în pericolul de a deveni un adept al teoriei influenței mediului. Puterea minții asupra lucrurilor, cum este cea a lumii interne asupra celei externe, îi este prezentată de către pacienții săi printr-o serie nesfârșită de exemple: în aspectul în continuă modificare a circumstanțelor vieții lor reale, care este sugerat de schimbarea de dispoziție, de la euforie la depresie; în folosirea de elemente din mediu pentru a le potrivi și a hrăni cu ele fantezmele inconștiente; în proiecțiile lor, prin care transformă cunoscuți inofensivi, indiferenți sau binevoitori în persecutori; în distorsionarea imaginii analistului care servește unui transfer irațional și uneori delirant (Little, 1958) etc. În special cel din urmă exemplu va da seama de promptitudinea analistului în a crede că forțe similare au acționat și în copilăria pacientului și că factori interni și nu externi sunt responsabili de cauzarea bolii.

Pe scurt, analistul de adulți este un credincios ferm în psihic, ca opus realității externe. În orice caz, el este foarte nerăbdător de a vedea în timpul travaliului terapeutic toate întâmplările curente în termenii rezistenței și ai transferului și prin asta să desconsidere valoarea lor în realitate.

Pe de altă parte, pentru analistul de copii, toate elementele indică în direcția opusă, aducând mărturii ale puternicei influențe a mediului. În tratament, în special cei mai mici pun în evidență măsura în care sunt dominați de lumea obiectală, adică, cât de mult din comportamentul și patologia lor este determinată de influențele mediului, cum sunt protecția sau respingerea părinților, iubirea sau indiferența, atitudinile critice sau admirative, ca și armonia sau dizarmonia sexuală din viața

lor de cuplu. Jocul simbolic al copilului în ședința analitică comunică nu doar fantasmele sale interioare; simultan, aceasta este maniera sa proprie de a comunica evenimentele familiale curente, cum ar fi actul sexual al părinților din fiecare noapte, certurile și supărările lor conjugale, acțiunile lor frustrante și producătoare de angoasă, anormalitățile și expresiile lor patologice. Analistul de copii care interpretează exclusiv în termenii lumii interne este în pericolul de a pierde din relatarea pacientului preocuparea sa — în acel moment la fel de importantă pentru el — referitoare la circumstanțele de mediu.<sup>1</sup>

De asemenea în analizele copiilor mai mari, unde cuvintele iau locul jocului simbolic, evenimentele exterioare curente de multe ori domină materialul, luând locul problemelor interioare. Dar acest tip de folosire a realității exterioare este în cea mai mare parte defensiv și servește scopurile rezistențelor principale.

Dar, în pofida dovezilor acumulate că circumstanțele adverse de mediu au rezultate patologice, nimic nu-l va convinge pe analistul de copii că modificările realității externe pot avea efect curativ, probabil cu excepția copilăriei celei mai timpurii. O astfel de credință ar implica faptul că doar factorii externi pot reprezenta agenți patogeni și că interacțiunea lor cu cei interni poate fi tratată cu ușurință. O astfel de presupunere este contrară experienței analistului. Orice investigație psihanalitică arată că factorii patogeni sunt operativi de ambele părți și, o dată ce s-au întrețesut, patologia devine încrustată în structura personalității și poate fi îndepărtată doar prin măsuri terapeutice care afectează structura.

În timp ce analiștii de adulți trebuie să păstreze în minte cauzele externe, frustrante, ce precipită tulburările pacienților lor, în așa fel încât ei să nu fie orbiți de puterile lumii interioare, analiștii de copii trebuie să-și aducă aminte că factorii defavorizanti externi ce le aglomerează viziunea își obțin semnificația patogenă pe calea interacțiunii cu predispoziția innăscută și cu atitudinile Eului și cu cele libidinale internalizate, achiziționate până în acel moment.

Cele două proceduri împreunate, analiza copilului și adultului, pot ajuta la menținerea unei concepții echilibrate, cerută de formula etiologică a lui Freud, aceea a unui cursor care se mișcă între influențele interne și externe, și anume faptul că există oameni a căror „constituție sexuală

nu i-ar fi condus spre nevroză dacă nu ar fi avut... [anumite] experiențe, iar aceste experiențe nu ar fi avut efect traumatic asupra acestor persoane, dacă libidoul lor nu ar fi fost predispus“ (S. Freud, 1916-1917, p. 347).

În ciuda convingerii lor teoretice, analiștii de copii sunt în continuu tentați să exploreze limitele în care operează ecuația etiologică, adică să verifice dacă există limite cantitative dincolo de care influențele patogene pot fi privite ca unilaterale. Aceste cercetări pot fi efectuate selectând pentru analiza de copii pacienți din cele două extreme ale scalei etiologice, adică aceia la care afectarea innăscută sau cea de mediu este masivă. Cazurile din prima categorie sunt indivizi cu contraindicații majore, innăscute, pentru dezvoltare normală cum ar fi handicapul sever senzitiv sau fizic (cecitate, surditate, diformități etc.); cazurile din cea din urmă categorie sunt copii traumatizați sever, copii din părinți psihotici, orfani, copii instituționalizați, adică cei la care cadrul extern pentru formarea complexelor normale din copilărie lipsește. Dar până acum materialul obținut din tratamentul unor astfel de cazuri, de asemenea nu arată nici un tablou clinic determinat de doar unul dintre seturile de factori. Deși anumite formațiuni patologice sunt inevitabile în momentul în care influențele patogene, din interior sau din exterior, ating această magnitudine, amploarea acestora și caracteristicile detaliate ale personalităților acestor copii depind, ca și în cazurile mai puțin severe, de interacțiunea dintre cele două părți, de modul în care o constituție particulară reacționează la un set particular de circumstanțe exterioare.

<sup>1</sup> „Gesturile care mărturisesc“, conform termenului introdus de Augusta Bonnard.



## CAPITOLUL 3

### Evaluarea dezvoltării normale a copilului

#### I

#### DETECTAREA TIMPURIE A AGENȚILOR PATOGENI; PROFILAXIE ȘI PROGNOSTIC

Unul dintre rolurile analistului de copii este să reconstruiască trecutul pacientului sau să se întoarcă la originea simptomelor din anii cei mai timpurii; o cu totul altă chestiune este aceea de a detecta agenții patogeni înainte ca aceștia să fi acționat; de a stabili gradul de progres normal al unui copil mic; de a prognoșta dezvoltarea; de a interfera în gestionarea copilului; de a-i ghida pe părinți; sau, în general, de a lucra la prevenirea nevrozelor, psihozelor și a patologiei antisociale. În timp ce formarea recunoscută pentru terapie psihanalitică va pregăti analistul de copii pentru primele sarcini, nici un curriculum oficial nu a fost inventat până acum pentru a-l dota în vederea ultimelor.

Preocuparea pentru probleme cum ar fi prognosticul și profilaxia conduce în mod inevitabil la un studiu asupra normalului, ca opus studiului proceselor psihice patologice sau al tranziției gradate între cele două stări de care se preocupă analistul de adulți. Această cunoaștere a normalului, numită încă o zonă „subdezvoltată” sau „primejdioasă” a psihanalizei de către Ernst Kris în 1951, a crescut considerabil în ultimii ani, mulțumită în principal extrapolărilor teoretice din descoperirile clinice făcute de Heinz Hartman și Ernst Kris. Ea se datorează în mare măsură și importanței crescânde jucate în gândirea metapsihologică de principiile și ipotezele psihologiei psihanalitice a copilului, care „îmbrățișează întregul câmp al dezvoltării normale și anormale” (Ernst Kris, 1951, p. 15). Analistul de adulți are o preocupare redusă pentru conceptul de normalitate în practica sa clinică, cu anumite excepții, acolo unde este interesată funcționarea (în iubire, sex și practica de succes). În schimb, analistul de copii, care observă dezvoltarea progresivă ca pe o funcție esențială a imaturului, este preocupat în

mod central și profund de perturbarea sau integritatea, adică de normalitatea sau anormalitatea acestui proces vital.

După cum am evidențiat într-o lucrare anterioară (1945), dezvoltarea unui copil și eventualele indicații de tratament pot fi evaluate, pe de o parte, prin cercetarea laturii libidinale și agresive și, pe de altă parte, prin intermediul cercetării aspectelor Eului și Supraeului personalității copilului, căutând semnele de adecvare la vârstă, precocitate sau retard. Păstrând în minte secvențialitatea fazelor libidinale și o listă a funcțiilor Eului, aceasta nu mai este o sarcină imposibilă pentru analistul de copii, nici măcar una foarte dificilă. Datele care reies sunt însă mult mai utile pentru diagnosticarea patologiei și pentru o revelare a trecutului, decât sunt pentru a decide în chestiuni care privesc normalul sau perspectiva asupra viitorului. Acestea prezintă într-un mod destul de satisfăcător formațiunile de compromis și soluțiile care au fost achiziționate în personalitatea pacientului; dar acestea nu includ semne referitoare la șansele pe care le are acesta în menținerea, creșterea sau scăderea nivelului său de performanță.

#### TRADUCEREA EVENIMENTELOR EXTERNE ÎN EXPERIENȚĂ INTERNĂ

Analistii, atâta timp cât sunt priviți ca experți în copii, sunt confrunțați de public cu o multitudine de întrebări, ce apar în mod firesc în timpul creșterii oricărui copil și privesc toate deciziile despre viața copilului ce pot deveni problematice pentru părinți. Faptul că acestea se referă la situații de zi cu zi nu reprezintă un motiv pentru care răspunsurile la acestea ar trebui lăsate celor fără formare psihanalitică, care tratează în mod obișnuit viața psihică normală (cum este cazul părinților înșiși, pediatriilor, asistentelor, educatorilor, profesorilor, lucrătorilor sociali, consilierilor școlari etc.). În realitate, problemele care sunt ridicate circumscriu întocmai zonele în care teoriile psihanalitice pot fi aplicate în mod profitabil ca practică de prevenție. Urmează câteva exemple:

Ar trebui oare ca mama unui bebeluș să îi poarte singură de grijă și oare introducerea unui substitut de mamă, de orice fel, implică o amenințare la adresa dezvoltării sale? În cazurile în care doar ea se îngrijește de copil, când își poate ea permite prima dată să părăsească copilul pentru o scurtă perioadă, în beneficiul unei vacanțe, pentru

soțul său, pentru copiii mai mari, pentru părinții săi etc? Care sunt avantajele hrănirii la sân față de hrănirea cu biberonul, sau ale hrănirii la cerere față de hrănirea după program? Care este vârsta potrivită pentru începutul educației sfincteriene? La ce vârstă beneficiază realmente copiii de implicarea altor adulți sau colegi de joacă? Care este vârsta potrivită pentru a intra la grădiniță? Dacă trebuie să se efectueze un tratament chirurgical (pentru reparații necesare, circumcizie, tonsilectomie etc), și dacă există posibilitatea alegerii datei, este bine ca aceasta să se întâmple mai devreme sau mai târziu? Ce tip de școală (obișnuită sau specială) este mai potrivită cărui tip de copil? Când ar trebui introduse lămuririle despre sexualitate? Există o vârstă la care venirea pe lume a unui frățior/surioară este mai ușor suportată decât într-un alt moment? Ce se poate spune despre activitățile autoerotice? Ar trebui suptul, masturbarea etc. să fie permise fără a fi controlate și am putea aplica aceleași reguli la jocurile sexuale dintre copii? Ce se poate spune despre libertatea de agresiune? Când și în ce fel ar trebui să spunem unui copil adoptat despre adopție și ar trebui incluse și informații despre părinții naturali? Care sunt aspectele pozitive și negative privind școala cu program prelungit sau școala cu internat și, în final, există un moment anume în procesul adolescenței când este de ajutor ca tânărul, pe lângă înstrăinarea emoțională față de părinți, să se „mute“ (Anny Katan, 1937) fizic de acasă?

Când se confruntă cu una, chiar aparent simplă, dintre aceste întrebări, reacția analistului trebuie să fie una dublă. În mod evident nu este suficient ca el să evidențieze că nu există răspunsuri generale potrivite tuturor copiilor, ci numai răspunsuri particulare, potrivite unui copil anume; să avertizeze împotriva adoptării de soluții în baza vârstei cronologice, atâta vreme cât copiii diferă atât de mult în ceea ce privește rata de creștere emoțională și socială, cât și în privința reperelor fizice și vârstelor psihice; sau chiar să stabilească nivelul de dezvoltare al copilului pentru care analistul este consultat. Considerațiile de acest fel reprezintă numai o parte din atribuțiile analistului și, probabil, partea cea mai ușoară. Cealaltă parte, nu mai puțin importantă, constă în stabilirea înțelesului psihologic al experienței sau cerinței la care părinții intenționează să-l supună pe copil. În timp ce părinții pot să-și vadă planurile în lumina rațiunii, logicii și necesității practice, copilul le experimentează în termenii realității sale psihice, adică conform complexelor adecvate fazei de dezvoltare, afectelor, angoaselor și

fantasmelor ce se trezesc în el. Astfel devine o sarcină a analistului aceea de a reliefa părinților discrepanțele care există între interpretările adultului și cele ale copilului asupra evenimentelor și să le explice pe cele din urmă pe baza modurilor și nivelelor de funcționare speciale care sunt caracteristice minții infantile.

#### PATRU ZONE DE DIFERENȚĂ ÎNTRE COPIL ȘI ADULT

Există în mintea copilului câteva zone din care este cunoscut că pot apărea asemenea „neînțelegeri“ ale acțiunilor adulților.

În primul rând, este *egocentrismul* care guvernează relația copilului cu lumea obiectelor. Înainte de a fi atins stadiul constanței obiectului, obiectul, adică persoana care joacă rolul mamei, nu este perceput de copil ca având o existență a sa proprie; ea este percepută doar în termenii unui rol atribuit ei în cadrul nevoilor și dorințelor copilului. În conformitate, orice se întâmplă în obiect, sau obiectului, este înțeles prin aspectul satisfacerii sau frustrării acestor dorințe. Orice preocupare a mamei, adică preocupările ei pentru ceilalți membri ai familiei, pentru practică sau interese colaterale, depresia sa, boala sa, chiar moartea sa, sunt transformate în acest mod în experiențe de respingere și părăsire. Pe aceeași bază, nașterea unui/unei frate/soră este înțeleasă ca o infidelitate a părinților, ca insatisfacție și critică asupra persoanei copilului — pe scurt, ca un act ostil la care copilul răspunde la rândul său cu ostilitate și dezamăgire, exprimate fie prin solicitare exagerată, fie prin retragere emoțională cu consecințele sale adverse.

Cea de-a doua este tocmai *imaturitatea aparatului sexual* infantil care nu lasă copilului nici o alegere, decât de a traduce acțiunile genitale ale adulților în evenimente pregenitale. Aceasta este răspunzătoare pentru înțelegerea greșită a actului sexual parental drept o scenă brutală de violență, și deschide ușa tuturor dificultăților de identificare, atât cu presupusa victimă cât și cu presupusul agresor, care vor ieși la lumină mai târziu, în incertitudinea crescândă a copilului asupra propriei identități sexuale. Aceasta mai este răspunzătoare, după cum este binecunoscut de o bună perioadă de timp, de eșecul și dezamăgirea părinților în încercările de lămurire sexuală. În loc de a accepta adevărurile sexuale în modul rezonabil în care sunt oferite, copilul nu

se poate opri de a le traduce în termeni care sunt comensurabili cu experiența sa, adică îi convertește în așa numitele „teorii sexuale infantile” ale însămânțării prin gură (ca în povești), naștere prin anus, castrarea partenerului feminin prin actul sexual etc.

Cea de-a treia este reprezentată de ocaziile în care luarea defectuoasă la cunoștință a evenimentelor de către copil nu se bazează pe o lipsă totală de judecare din partea sa, ci pe factori economici, adică pe *relativa slăbiciune a procesului secundar* de gândire, comparativ cu forța impulsurilor și a fantasmelor. Un copilăș, după stadiul de învățare a mersului, de exemplu, poate fi foarte bine capabil să prindă semnificația evenimentelor medicale, să recunoască rolul medicului sau al chirurgului ca pe unul benefic, necesitatea medicamentelor orice gust ar avea acestea, nevoia de restricții dietetice sau motorii etc. Doar că nu poate fi așteptat ca această înțelegere să se mențină. Atunci când se apropie vizita la doctor sau o operație iminentă, rațiunea este ignorată și mintea copilului este inundată de fantasme de mutilare, castrare, atac violent etc. A fi ținut în pat devine un prizonierat; dieta este resimțită ca o deprivare orală intolerabilă; părinții care permit să se întâmple astfel de lucruri copilului (în prezența sau în absența lor) încetează a mai fi figuri protectoare și sunt transformați în unele ostile, împotriva cărora poate fi descărcată supărarea, furia și ostilitatea copilului.<sup>1</sup>

Cea din urmă diferență este cea că există câteva discrepanțe fundamentale între funcționarea minții copilului și celei a adultului și acestea sunt semnificative în această privință. Menționez ca pe cel mai important reprezentant al acestora, *evaluarea diferită a timpului* la diferite nivele de vârstă. Sentimentul lungimii sau scurtimii unei perioade de timp date pare să depindă de faptul că măsurătoarea a fost realizată fie pe baza modului de funcționare a Sinelui fie a Eului. Impulsurile Sinelui sunt prin definiție intolerante la întârziere și așteptare; atitudinile mai târzii vor fi susținute de către Eu, pentru care amânarea acțiunii (prin interpolarea proceselor gândirii) îi este tot atât de caracteristică pe cât este nevoia acută de îndeplinire pentru Sine. Felul în care va experimenta un copil o perioadă de timp dată va depinde prin urmare nu de durata propriu-zisă, măsurată obiectiv de adult, cu ajutorul calendarului sau ceasului, ci prin relațiile subiective interioare de dominație fie a Sinelui, fie a Eului asupra funcționării sale. Acești

<sup>1</sup> Vezi în această privință Anna Freud (1952), Joyce Robertson (1956).

din urmă factori sunt cei care vor decide dacă intervalele stabilite pentru hrănire, absența mamei, durata statului la grădiniță, a spitalizării etc., vor părea copilului scurte sau lungi, tolerabile sau intolerabile și drept urmare, se vor dovedi inofensive sau dăunătoare prin consecințele lor.

Egocentrismul copilului, imaturitatea vieții sale sexuale, preponderența derivatelor Sinelui asupra răspunsurilor Eului, evaluarea sa diferită asupra timpului sunt caracteristici ale psihicului infantil care pot explica multe dintre aparentele insensibilități ale părinților, adică dificultatea lor în traducerea evenimentelor externe în experiență internă. Informațiile despre istoria unui copil în momentul stabilirii diagnosticului sunt, prin urmare, date de ei într-o manieră superficială și înșelătoare. Rapoartele pot conține o dare de seamă despre „o luptă pentru hrănirea la sân care a fost repede terminată”, „un refuz inițial de a accepta un substitut în timpul bolii mamei” al copilului la vârsta mersului, „un întors spatele mamei, pe moment, când aceasta a revenit de la maternitate cu noul bebeluș”; „supărarea trecătoare a copilului în spital” etc<sup>1</sup>.

Se cere toată ingeniozitatea diagnosticianului și câteodată o perioadă de tratament analitic, pentru a reconstrui, din descrieri de acest fel, luptele dinamice ce se ascund în spatele descrierii de suprafață, și care, mai frecvent decât contrariul, au fost responsabile de schimbarea întregului flux al vieții emoționale a copilului, de la atașament pentru părinți la retragere, de la iubire și bunăvoință la resentiment și ostilitate, de la sentimentul de a fi alintat la cel de a fi respins și lipsit de rost etc.

## II

### CONCEPTUL DE LINII DE DEZVOLTARE

Pentru a da răspunsuri utile întrebărilor puse de părinți ce privesc problemele de dezvoltare, deciziile externe care sunt luate în considerare trebuie să fie traduse în implicațiile lor interne. Așa cum a fost menționat

<sup>1</sup> Exemple citate de Serviciul Diagnostic din Hampstead Child-Therapy Clinic..

mai sus, aceasta nu se poate realiza dacă dezvoltarea Eului și a pulsioniilor sunt privite izolat una față de cealaltă, așa cum poate fi necesar pentru scopuri de analiză clinică sau disecție teoretică.

Până acum, în teoria noastră psihanalitică, secvențele de dezvoltare sunt fundamentate numai cu privire la părți particulare, circumscrise, ale personalității copilului. De exemplu, în ceea ce privește dezvoltarea pulsioniilor sexuale, posedăm succesiunea fazelor libidinale (orală, anală, falică, perioada de latență, preadolescență, genitalitate adolescentă) care, în ciuda unor suprapuneri considerabile, corespund în mare cu anumite vârste. În ceea ce privește pulsionea agresivă, suntem deja mai puțin preciși și suntem înclinați spre a corela expresiile agresive specifice cu fazele libidinale corespunzătoare (cum ar fi mușcatul, scuipatul și devoratul cu oralitatea; tortura sadică, lovitul, datul cu piciorul și distrusul cu analitatea; refularea, dominarea, comportamentul în forță cu faza falică; desconsiderarea, cruzimea psihică, ieșirile antisociale cu adolescența etc.). În ceea ce privește Eul, stadiile și nivelele cunoscute prin analiză ale dezvoltării simțului realității, ale cronologiei activităților defensive și ale creșterii unui simț moral, vor fundamenta o scală. Funcțiile intelectuale înseși sunt măsurate și gradate de psihologi pe scalele legate de vârstă ale diferitelor teste de inteligență.

Fără nici o îndoială avem nevoie pentru evaluările noastre clinice, de mai mult decât de aceste scale de dezvoltare selectate, care sunt valabile doar pentru părți izolate ale personalității copilului și nu pentru totalitatea acesteia. Ceea ce căutăm, sunt interacțiunile fundamentale între Sine și Eu și variatele lor nivele de dezvoltare și, de asemenea, succesiunile legate de vârstă ale acestora, care sunt comparabile în importanță, frecvență și regularitate cu succesiunea de maturizare a stadiilor libidinale sau cu dezvoltarea treptată a funcțiilor Eului. În mod natural, aceste secvențe de interacțiune între cele două părți ale personalității pot fi stabilite cu succes în cazurile în care ambele sunt studiate cu atenție, cum ar fi, de exemplu, privind fazele libidinale și expresiile agresive de partea Sinelui și atitudinile corespunzătoare legate de obiect de partea Eului. Astfel, putem schița combinațiile care duc de la dependența emoțională completă a bebelușului la relativa autonomie a adultului, la relațiile sexuale și obiectuale mature, printr-o linie gradată a dezvoltării care furnizează baza indispensabilă pentru orice evaluare a maturității sau imaturității, normalității sau anormalității emoționale.

Deși probabil mai puțin ușor de stabilit, există linii similare ale

dezvoltării ce pot fi demonstrate pentru aproape orice altă arie a personalității individului. În fiecare caz, acestea trasează creșterea treptată a copilului dinspre atitudini dependente, iraționale, determinate de Sine și obiect, spre o crescândă stăpânire a Eului asupra lumii sale interne și externe. Astfel de linii — având întotdeauna contribuții atât din partea dezvoltării Sinelui cât și a dezvoltării Eului — conduc, de exemplu, de la experiențele de supt și înțărcat ale bebelușului către atitudinea rațională mai degrabă decât emoțională a adultului față de alimentație; de la educarea curățeniei impuse copilului de presiunea mediului, la controlul mai mult sau mai puțin integrat și de nezdruccinat al micțiunii și defecației de la adult; de la împărtășirea posesiunii propriului corp cu mama, a bebelușului, la reclamația de independență și autodeterminare în gestionarea corpului la adolescent; de la viziunea egocentrică asupra lumii și asupra celor din jur a copilului mic, până la empatie, reciprocitate și asociere cu cei de-o vârstă; de la primele jocuri erotice de unul singur și cu corpul mamei pe calea obiectelor tranzitionale (Winnicott, 1953) la jucării, jocuri, hobby-uri și, în final, la muncă.

Oricare dintre aceste nivele fiind atins de un copil, în oricare dintre aceste domenii, reprezintă rezultatul interacțiunii dintre dezvoltarea pulsională și cea a Eului—Supraeului și reacția acestora din urmă la influențele de mediu, adică dintre maturizare, adaptare și structurare. Departe de a fi abstracțiuni teoretice, liniile de dezvoltare, în sensul folosit aici, sunt realități istorice care, asamblate, produc un tablou convingător al achizițiilor personale ale unui anume copil sau, pe de altă parte, al eșecurilor acestuia în dezvoltarea personalității.

#### *Prototip al unei linii de dezvoltare: de la dependență la autonomie relațională și relații adulte cu obiectul*

Pentru a servi ca prototip pentru toate celelalte, una dintre liniile fundamentale de dezvoltare a fost în centrul atenției analiștilor încă de la început. Aceasta este succesiunea care conduce de la dependența totală a nou-născutului de grija maternă la autonomia emoțională și materială a tânărului adult — o secvență pentru care stadiile succesive ale dezvoltării libidoului (oral, anal, falic) formează mai degrabă baza înăscută a maturizării. Pașii pe această cale sunt bine documentați atât

din analizele adulților și copiilor, cât și din observația analitică directă a bebelușilor. Aceștia pot fi enumerați grosier după cum urmează:

- (1) unitatea biologică a cuplului mamă-bebeluș, cu narcisismul mamei extinzându-se la copil, și cu copilul incluzând mama în „mediul său narcisic” interior (Hoffer, 1952). Întreaga perioadă poate fi mai departe subdivizată (conform cu Margaret Mahler, 1952) în fazele autistă, simbiotică și de separație-individuație cu puncte periculoase, semnificative pentru tulburările de dezvoltare, găzduite de fiecare fază individuală;
- (2) obiectul parțial (Melanie Klein), sau relația anaclitică de îndeplinire a nevoii, bazată pe urgența nevoilor corporale și a derivatelor pulsionale ale copilului, și care este intermitentă și fluctuantă, din moment ce investirea obiectului este trimisă în afară sub impactul dorinței imperative și retrasă din nou când a fost atinsă satisfacția;
- (3) stadiul constanței obiectului, care permite să fie menținută o imagine pozitivă interioară a obiectului, independent atât de satisfacții cât și de insatisfacții;
- (4) relația ambivalentă a stadiului preoedipian, sadic-anal, caracterizat prin atitudini ale Eului de agățare, torturare, dominație și control al obiectelor iubirii;
- (5) faza complet centrată pe obiect, falic-oedipiană, caracterizată de posesivitatea față de părintele de sex opus (sau viceversa), gelozie și rivalitate față de părintele de același sex, protectivitate, curiozitate, eforturi de a obține admirația și atitudine exhibiționistă; la fete, o relație falic-oedipiană (masculină) față de mamă precedând relația oedipiană cu tatăl;
- (6) perioada de latență, adică scăderea postoedipiană a tensiunilor pulsionale și transferul libidoului de la figurile parentale asupra persoanelor de aceeași vârstă, grupurilor din comunitate, asupra profesorilor, conducătorilor, idealurilor impersonale și asupra intereselor sublimite, inhibate în raport cu scopul, cu manifestări fantasmatică ce fac dovada deziluziei față de părinți și a denigrării acestora („roman familial”, fantasme despre gemeni etc);
- (7) preludiul preadolescent la „revolta adolescentină”, reprezentat de o reîntoarcere la atitudini și comportamente mai timpurii, în special legate de obiectul parțial, îndeplinirea nevoilor și de tip ambivalent;
- (8) lupta adolescentă ce se desfășoară în jurul negării, inversării, slăbirii

și umbririi legăturii cu obiectele infantile, apărării împotriva pregenitalității și, în final, în jurul stabilirii supremației genitale cu investirea libidinală transferată asupra obiectelor de sex opus din afara familiei.

Deși detaliile acestor poziții constituie de multă vreme o cunoaștere comună în cercurile analitice, relevanța acestora pentru problemele practice a fost explorată în ultimii ani din ce în ce mai mult. În ceea ce privește, de exemplu, mult discutatele consecințe ale separării unui copil de mamă, de părinți, sau de casă, o simplă privire spre dezvoltările oferite de linia de dezvoltare va fi suficientă pentru a arăta în mod convingător de ce atât reacțiile comune la, respectiv consecințele patologice ale acestui fel de întâmplări, sunt atât de variate, urmând realitatea psihică variabilă a copilului la diferitele nivele de dezvoltare. Încălcările legăturii biologice mamă-bebeluș (faza 1), pe orice motiv ar fi ele săvârșite, vor avea ca urmare angoasa de separație (Bowlby, 1960) propriu-zisă; eșecul mamei de a-și juca rolul său susținut de instanță satisfăcătoare și reconfortantă (faza 2) va cauza prăbușiri ale individuației (Mahler, 1952) sau depresie anaclitică (Spitz, 1946), sau alte manifestări ale deprivării (Alpert, 1959), sau dezvoltare precoce a Eului (James, 1960), sau ceea ce a fost numit un „Self fals” (Winnicott, 1955). Relații libidinale nesatisfăcătoare cu obiecte de iubire instabile sau în alt mod nepotrivite în timpul sadismului anal (faza 4), vor perturba intricarea echilibrată dintre libido și agresivitate și vor da naștere la agresivitate și distructivitate necontrolabilă etc. (A. Freud, 1949). Abia după ce a fost achiziționată constanța obiectului (faza 3), absența unui obiect exterior poate fi substituită, cel puțin în parte, prin prezența unei imagini interioare care rămâne stabilă; separările temporare pot fi prelungite doar pe baza puterii acestei achiziții, comensurabile deci, cu progresele în constanța obiectului. Astfel, chiar dacă rămâne imposibil de precizat vârsta cronologică la care poate fi tolerată separarea, conform liniei de dezvoltare poate fi precizat când aceasta devine adecvată fazei și nontraumatică, un punct de importanță practică în vederea vacanțelor părinților, spitalizării copilului, convalescenței, intrării la grădiniță etc.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dacă prin „doliu” înțelegem nu manifestările diverse de angoasă, suferință și disfuncționalitate ce însoțesc pierderea obiectului în cele mai timpurii faze, ci procesul gradat și dureros al detașării libidoului de o imagine internă, acesta, desigur, nu se poate aștepta să intervină înainte să fie achiziționată constanța obiectului (faza 3).

Mai sunt și alte lecții practice ce au fost învățate din aceeași succesiune a dezvoltării, după cum urmează:

- că atitudinea de agățare din stadiul mersului (faza 4) este rezultatul ambivalenței preoedipiene, și nu al alintului matern;

- că este nerealist din partea părinților să aștepte de la perioada preoedipiană (până la sfârșitul fazei 4) reciprocitatea în relațiile cu obiectul care aparțin abia nivelului următor (faza 5);

- că nici un copil nu poate fi pe deplin integrat în viața grupului înainte ca libidoul său să fi fost transferat de la părinți la comunitate (faza 6). Acolo unde depășirea complexului Oedip este întârziată, iar faza 5 este prelungită ca rezultat al unei nevroze infantile, perturbările în adaptarea la grup, lipsa interesului, fobiile școlare (în școala cu program prelungit), dorul de casă extrem (în școala cu internat) vor fi la ordinea zilei;

- că reacțiile la adopție se manifestă cel mai sever în ultima parte a perioadei de latență (faza 6) când, conform cu dezamăgirea normală față de părinți, toți copiii se simt ca și cum ar fi adoptați, iar sentimentele despre realitatea adopției vor coincide cu apariția „romanului familial”;

- că sublimările prevestite la nivel oedipian (faza 5) și dezvoltate în timpul latenței (faza 6) pot fi pierdute în timpul preadolescenței (faza 7), nu prin vreun eșec al dezvoltării sau educației, ci datorită regresiei adecvate fazei, către nivelele mai timpurii (fazele 2, 3, 4);

- că este tot atât de nerealist din partea părinților să se opună slăbirii legăturilor cu familia sau bătăliei tânărului împotriva impulsurilor pregenitale în adolescență (faza 8), pe cât este să rupă legăturile biologice în faza 1 sau să se opună erotismului pregenital în fazele 1, 2, 3, 4 și 7.

### *Câteva linii de dezvoltare către independența corporală*

Faptul că Eul unei persoane este la început un Eu corporal nu implică faptul că independența corporală față de părinți este atinsă mai devreme decât autonomia emoțională sau morală. Dimpotrivă: posesivitatea narcisică a mamei față de corpul copilului ei își are perechea, în privința copilului, în dorințele sale arhaice de a fuziona cu mama și în confuzia privind limitele corpului, care provine din faptul că în viața timpurie distincția între lumea internă și cea externă nu se face pe baza realității obiective, ci pe baza experiențelor subiective de plăcere și neplăcere.

Astfel, în timp ce sânul mamei sau fața, mâinile, părul pot fi tratate (sau maltratate) de copil ca părți ale propriei sale organizări, foamea lui, oboseala lui, neplăcerile lui sunt grija ei, la fel de mult cât sunt și grija lui însuși. Deși viața copilului mic va fi în întregime dominată, de-a lungul întregii copilării timpurii, de nevoi corporale, impulsuri corporale și derivatele acestora, cantitățile și calitățile satisfacției și neplăcerii sunt determinate nu de el însuși, ci de influențele mediului. Singurele excepții de la această regulă sunt gratificările autoerotice care se află sub propria gestiune a copilului de la bun început și, astfel, îi furnizează o anume măsură, circumscrișă, de independență față de lumea obiectelor. În contrast cu acestea, așa cum va fi arătat mai jos, procesele hrănirii, somnului, evacuării, igienei corporale și prevenirii rănirii și bolii vor avea de străbătut dezvoltări complexe și îndelungate, înainte ca ele să ajungă preocuparea personală a individului în creștere.

### DE LA SUPT LA ALIMENTAȚIA RAȚIONALĂ

Trebuie parcursă o linie lungă înainte ca un copil să ajungă la un punct în care, de exemplu, să poată regla, cantitativ și calitativ, propriul aport alimentar în mod activ și rațional, pe baza nevoilor și apetitului propriu și independent de relațiile cu cel care furnizează hrana și de fantasmă conștiente și inconștiente. Pașii pe această cale sunt aproximativ după cum urmează:

- (1) A fi alăptat la sân sau biberon, după un orar sau la cerere, cu problemele comune legate de aport, cauzate parțial de fluctuațiile normale ale apetitului copilului și de deranjamentele intestinale, și parțial de atitudinile și anxietățile mamei privitoare la hrănire; interferența cu satisfacerea nevoilor cauzată de perioade de foame, de așteptări excesive ale meselor, de raționalizări sau hrănire forțată, vor pune bazele primelor și adesea durabilelor perturbări în relația pozitivă cu mâncarea. Suptul de plăcere apare ca un preambul, subprodus al hrănitului, substituit pentru sau interferență cu
- (2) înțărcatul de la sân sau de la biberon, inițiat fie de copilul însuși, fie în funcție de dorințele mamei. În ultima situație, și mai ales dacă este efectuat în mod abrupt, protestele copilului împotriva deprivării orale au rezultate adverse pentru plăcerea normală pentru

- mâncare. Dificultățile pot surveni o dată cu introducerea solidelor, noile gusturi și consistențe fiind fie bine primite, fie respinse;
- (3) tranziția de la a fi hrănit la auto-hrănire, cu sau fără alte instrumente, „mâncarea” și „mama” fiind încă identificate una cu cealaltă;
  - (4) auto-hrănirea cu ajutorul lingurii, furculiței etc., dezacordul cu mama despre cantitatea aportului fiind adesea deplasat către forma aportului, adică bunele maniere la masă; mesele ca un câmp general de lupte în care se pot înfrunta dificultățile din relația mamă-copil; tânjitul după dulciuri ca un substitut adecvat vârstei pentru plăcerea orală a suptului; capriciile la mâncare ca un rezultat al educației anale, adică a nou achiziționatei formațiuni reacționale de dezgust;
  - (5) slăbirea progresivă a egalității mâncare-mamă în perioada oedipiană. Atitudinile iraționale față de mâncare sunt determinate acum de teoriile sexuale infantile, adică fantasmele de însămânțare prin gură (frica de otrăvire), despre sarcina (teama da a se îngrășa), de naștere prin anus (frica de a băga și de a scoate), la fel de bine ca și de formațiunile reacționale împotriva canibalismului și sadismului;
  - (6) slăbirea treptată a sexualizării mâncatului în perioada de latență, cu plăcerea pentru mâncat restrânsă sau uneori crescută. Sporirea atitudinilor raționale față de mâncare și inițiativa proprie în alimentare, experiențele timpurii pe această linie fiind decisive în modelarea obiceiurilor alimentare ale individului în viața adultă, a gusturilor sale, preferințelor cât și eventualelor dependențe și aversiuni în ceea ce privește mâncarea și băutura.

Reacțiile copilului la schimbări în faza 2 (cum ar fi la întârcat și la introducerea de noi gusturi și consistențe) reflectă pentru prima dată înclinația sa atât spre progres, cât și spre aventură (atunci când noile experiențe sunt binevenite) sau agățarea tenace de plăcerile existente (atunci când orice schimbare este trăită ca amenințare și deprivare). Va fi de așteptat, orice atitudine ar domina, ca procesul hrănirii să devină important și în alte zone de dezvoltare.

Egalitatea mâncare-mamă, care persistă pe parcursul fazelor 1-4, furnizează baza rațională pentru convingerea subiectivă a mamei că fiecare refuz alimentar al copilului este îndreptat împotriva ei personal, adică exprimă respingerea de către copil a grijii și atenției sale materne, o convingere care cauzează o mare parte din sensibilitatea exagerată în mănuierea proceselor hrănirii și alimentează bătălia dusă de mamă în

privința mâncării. Explică, de asemenea, de ce în aceste faze refuzul alimentar și capriciile alimentare extreme pot fi eludate prin substituirea temporară a mamei cu un străin, adică cu o persoană neinvestită sau investită în mod diferit în situația hrănirii. Copiii vor mânca deci în spital, la școală cu program prelungit, sau în vizită, dar acestea nu vor vindeca dificultățile lor alimentare de acasă, ce survin în prezența mamei. Asta explică și de ce despărțirile traumatice de mamă sunt adesea urmate de refuzul mâncării (respingerea substitutului matern), sau de lăcomie sau supralimentare (tratând mâncarea ca pe un substitut al iubirii materne).

Tulburările alimentare ale fazei 5, care nu sunt legate de un obiect extern, ci sunt cauzate de conflicte interne, structurale, nu sunt afectate nici de prezența, nici de absența materială a mamei, fapt care poate fi folosit în diagnosticul diferențial.

După faza 6, când aranjamentele pentru luarea mesei au devenit preocuparea personală a individului matur, bătălia inițială cu mama poate fi înlocuită de dezacordurile interne între dorința manifestă de a mânca și o incapacitate determinată inconștient de a tolera anumite mâncăruri, adică diversele capricii alimentare și deranjamente digestive nevrotice.

#### DE LA UDAT ȘI MÂNJIT, LA CONTROLUL VEZICAL ȘI INTESTINAL

În măsura în care scopul urmărit pe această linie nu este supraviețuirea relativ intactă a derivatelor pulsionale, ci controlul, modificarea și transformarea tendințelor uretrale și anale, conflictele între Sine, Eu, Supraeu și forțele mediului devin în mod special evidente.

- (1) Durata primei faze, în timpul căreia copilul are libertatea totală de a uda și de mânji, nu este determinată maturational, ci de mediu, adică de momentul interferenței mamei, care, la rândul său, este influențată de nevoile personale, sociale, familiale sau de convenții medicale. În aceste condiții, această fază poate dura de la câteva zile (educare de la naștere bazată pe acțiunea reflexului) la doi sau trei ani (educare bazată pe ideea de relaționare cu obiectul și de control al Eului).
- (2) În contrast cu prima fază, cea de-a doua fază este inițiată printr-un

- pas în maturizare. Rolul dominant în activitatea pulsională trece de la zona orală la cea anală și, datorită acestei tranziții, copilul își întărește opoziția sa la orice interferență în preocupările care i-au devenit vitale emoțional. Deoarece în această fază produsele corpului sunt înalt investite cu libido, sunt și prețioase pentru copil și tratate ca „daruri” care sunt predate mamei în semn de iubire; în timp ce ele sunt investite de asemenea cu agresivitate, ele sunt arme prin intermediul cărora furia, dezamăgirea, supărarea pot fi descărcate în relaționarea cu obiectul. În corespondență cu această dublă investire a produselor corporale, întreaga atitudine a copilului față de lumea de obiecte este dominată de ambivalență, adică de răsturnări violente între iubire și ură (libidoul și agresivitatea nefiind intricate). Această dublă investire își găsește perechea, de partea Eului, în curiozitatea direcționată înspre interiorul corpului, în plăcerea obținută atât din murdărit, modelat, jucatul cu reținerea, golitul, păstratul cât și din dominație, posedare, distrugere etc. În timp ce tendințele arătate de copii în această fază sunt destul de uniforme, evenimentele în sine variază odată cu diferențele în atitudinea mamei. Dacă ea reușește să rămână sensibilă la nevoile copilului și, identificându-se cu ele așa cum se identifică de obicei în raport cu hrănirea, va media în mod empatic între cerința de curățenie din partea mediului și tendințele anale și uretrale opuse, în acest caz educația sfincteriană va surveni treptat, fără evenimente și fără răsturnări de situație. Pe de altă parte, o asemenea empatie cu copilul în stadiul anal poate fi imposibilă pentru mamă din cauza propriei sale educații, formațiunilor reacționale proprii de dezgust, ordine și punctualitate sau a altor elemente obsesionale ale personalității ei. Dacă este dominată de acestea, ea va prezenta cererea de control anal și uretral într-o manieră abruptă și de neînțeles și va rezulta o bătălie majoră, între copilul având intenția de a-și apăra dreptul său asupra evacuării nerestricționate și mama care este angajată în instaurarea curățeniei și regularității și o dată cu ele rudimentele și *sine qua non* ale socializării.
- (3) în cea de-a treia fază, copilul acceptă și preia atitudinile mamei și ale mediului față de curățenie și, prin identificare, le face o parte integrantă a cerințelor Eului și Supraeului; de aici înainte, lupta pentru curățenie este un percept intern și nu extern și barierele interioare împotriva dorințelor uretrale și anale sunt stabilite prin acțiunea defensivă a Eului, în binecunoscuta formă a refulării și

formațiunii reacționale. Dezgustul, curățenia, ordinea, neplăcutul mâinilor murdare, apără împotriva întoarcerii refulatului; punctualitatea, conștiinciozitatea și seriozitatea apar ca subproduse ale regularității anale; înclinația spre a economisi, a colecta dau dovada înaltei valorizări anale deplasată asupra altor chestiuni. Pe scurt, ceea ce are loc în această perioadă sunt modificarea cu bătaie lungă și transformarea derivatelor pulsionale pregenitale anale care — păstrate în limite normale — furnizează personalității individului o coloană vertebrală formată din calități de înaltă valoare.

Este important de reamintit în privința acestor achiziții că ele se bazează pe identificări și internalizări și, în acest fel, nu sunt pe deplin asigurate înainte de trecerea la complexul oedipian. Controlul anal preoedipian rămâne vulnerabil și, în special la începutul celei de-a treia faze, rămâne dependent de obiecte și de stabilitatea relațiilor pozitive cu ele. De exemplu, un copil care este învățat să folosească olița sau toaleta acasă, nu le va schimba automat cu unele nefamiliare, fiind departe de mamă. Un copil care este profund dezamăgit de mama sa, sau este separat de ea, sau suferă de pierderea obiectului în orice formă, poate nu doar pierde nevoia internalizată de a fi curat, ci și poate de asemenea reactiva folosirea agresivă a eliminării. Amândouă vor avea ca rezultat apariții ale udării și mănșirii care au aparența unor „accidente”.

- (4) Abia în cea de-a patra fază controlul vezicii și al intestinelor devine pe deplin sigur. Această siguranță va surveni în momentul în care preocuparea pentru curățenie este deconectată de la legăturile sale cu obiectul și atinge statutul unei preocupări complet neutre și autonome a Eului și a Supraeului.<sup>1</sup>

#### DE LA IRESPONSABILITATE LA RESPONSABILITATE ÎN GESTIONAREA CORPULUI

Faptul că satisfacerea unor nevoi fizice, cum ar fi hrănitul și evacuarea<sup>2</sup> rămân mulți ani sub control extern și ies de sub acesta cu pași atât de

<sup>1</sup> Vezi H. Hartmann (1950b) despre „autonomia secundară a Eului”.

<sup>2</sup> De asemeni somnul.



mici, corespunde bine manierei, în egală măsură lentă și gradată, în care copiii își asumă responsabilitatea pentru îngrijirea propriului corp și a protecției împotriva răului. Cum a fost descris pe larg în altă parte (A. Freud, 1952), copilul cu un maternaj bun lasă în cea mai mare parte aceste griji mamei, în timp ce el își permite atitudini de indiferență și lipsă de preocupare, sau chiar totală nepăsare, ca pe o armă în bătălia cu ea. Doar cel cu un maternaj insuficient sau fără mamă va adopta rolul mamei în chestiunile de sănătate și va juca jocul „mamei și copilului” cu propriul lui corp, cum fac ipohondrii.

Pe linia progresivă pozitivă, tot aici trebuiesc distinse una de cealaltă câteva faze consecutive, deși cunoașterea noastră prezentă asupra lor este mult mai schematică decât în alte domenii.

- (1) În primul rând, ca un pas în maturizare în primele câteva luni de viață, este o schimbare în direcția agresivității, de la trăirea sa asupra corpului, cu întoarcerea sa spre lumea exterioară. Acest pas vital pune limite auto-vătămării din mușcat, scărpinat etc, deși indicii ale unor asemenea tendințe pot fi văzute de asemenea la mulți copii ca autentice rămășițe, la vârste mai târzii.<sup>1</sup> Mișcarea normală de înaintare se desfășoară parțial datorită instalării barierei durerii, parțial datorită răspunsului copilului la investirea libidinală de către mamă a corpului său cu propria sa investire narcisică (conform lui Hoffer, 1950).
- (2) Ceea ce se face resimțit în continuarea acestora, sunt avansările în funcționarea Eului, cum ar fi orientarea în lumea externă, înțelegerea cauzei și efectului, controlul dorințelor periculoase, în serviciul principiului realității. Împreună cu bariera durerii și investirea narcisică a corpului, aceste funcții nou achiziționate protejează copilul împotriva unor pericole externe cum ar fi apa, focul, înălțimile etc. Dar există multe exemple de copii la care – datorită unei deficiențe într-una sau alta dintre aceste funcții ale Eului – avansarea este întârziată astfel încât ei rămân neobișnuit de vulnerabili și expuși dacă nu sunt protejați de lumea adultă.
- (3) Ceea ce apare în mod normal în final este subscrierea voluntară de

<sup>1</sup> Asemenea rămășițe nu ar trebui confundate cu „întoarcerea agresivității împotriva Sefului” de mai târziu, care nu este un defect în maturizare, ci un mecanism de apărare folosit de către Eu sub impactul conflictului.

către copil la regulile de igienă și la necesitățile medicale. În ceea ce privește evitarea mâncării neasectuoase, a supralimentării și păstrării curățeniei corporale, din cele spuse aici nu se poate trage o concluzie, de vreme ce atitudinile relevante aparțin mai degrabă vicisitudinilor pulsionilor parțiale orale și anale, decât liniei prezente. Lucrurile nu stau așa în ceea ce privește evitarea îmbolnăvirii sau complianța la recomandările doctorului cu privire la luarea medicamentelor și restricțiilor de dietă și motorii. Frica, vinovăția, angosta de castrare pot motiva, desigur, orice copil să fie grijuliu (adică temător) pentru siguranța corpului său. Dar, când nu sunt sub influența acestora, copiii normali vor remarcabil de inflexibili și obstructivi în chestiunile de sănătate. Conform plângerilor frecvente ale mamelor, ei se poartă ca și cum ar reclama că este dreptul lor de a-și pune în pericol propria sănătate în timp ce lasă în seama mamelor faptul de a o proteja și de a o restabili, o atitudine care durează adesea până la sfârșitul adolescenței și poate reprezenta ultimul reziduu al simbiozei originale între copil și mamă.

### *Alte exemple de linii de dezvoltare*

Există multe alte exemple de linii de dezvoltare, cum ar fi cele două date mai jos, în care fiecare pas este cunoscut analistului, și care pot fi urmărite fără dificultate, fie elaborând asupra trecutului prin re-construcție din imaginea adultului, fie prin elaborări anticipate, prin mijloacele explorării analitice longitudinale și observației copilului.

### DE LA EGOCENTRISM LA RELAȚIONARE

În descrierea creșterii unui copil sub acest aspect particular, poate fi urmărită o secvențialitate care se prezintă după cum urmează:

- (1) o perspectivă egoistă, orientată narcisic asupra lumii obiectale, în care ceilalți copii fie nu figurează deloc, fie sunt percepuți doar în rolul lor de perturbatori ai relației mamă-copil și rivali în raport cu iubirea părinților;
- (2) ceilalți copii priviți ca obiecte neînsuflețite, jucării care pot fi mânuite, împinse de la spate, căutate și aruncate după cum cere

dispoziția, fără a aștepta vreun răspuns pozitiv sau negativ de la aceștia;

- (3) ceilalți copii priviți ca ajutoare în îndeplinirea unor sarcini dorite, cum ar fi jucatul, construitul, distrusul și cauzatul de năzbâtii diverse etc., durata acestui parteneriat fiind determinată de sarcina respectivă și fiind secundară acesteia;
- (4) ceilalți copii ca parteneri și obiecte în drepturi depline, pe care copilul îi poate admira, de care se poate teme, sau cu care poate intra în competiție, pe care copilul îi iubește sau urăște, cu ale căror sentimente se identifică, de ale căror dorințe ia cunoștință și pe care adesea le respectă și cu care poate împărți posesiuni în baza unei egalități.

În primele două faze, deși este alintat și tolerat ca bebeluș de frații mai mari, copilul care tocmai a făcut primii pași este prin necesitate asocial, oricâte eforturi în sens contrariu ar face mama; viața în comunitate la acest stadiu poate fi suportată, dar nu va fi profitabilă. Al treilea stadiu reprezintă cerința minimă pentru socializare în forma acceptării în comunitatea familiei a fraților mai mari sau a intrării într-un grup de copii de aceeași vârstă la o grădiniță. Abia al patrulea stadiu va înzestra copilul pentru relaționare, dușmănie și prietenii de orice tip și durată.

#### DE LA CORP LA JUCĂRIE ȘI DE LA JOACĂ LA MUNCĂ

(1) Jocul începe la bebeluș ca o activitate ce produce plăcere erotică, implicând gura, degetele, vederea, întreaga suprafață a pielii. Jocul se desfășoară asupra propriului corp al copilului (joc autoerotic) sau asupra corpului mamei (de obicei în legătură cu hrănitul) fără o distincție clară între cele două și fără o ordine sau fără faptul ca una să o preceadă pe cealaltă.

(2) Proprietățile corpului mamei și copilului sunt transferate asupra unui material moale, cum ar fi o babușă, o pernă, o cuvertură, un ursuleț care servește ca prim obiect de joacă copilului, obiectul tranzițional (conform cu Winnicott, 1953) care este investit atât cu libido narcisic, cât și cu libido obiectal.

(3) Agățarea de un obiect tranzițional anume se dezvoltă mai departe

într-o înclinație mai puțin selectivă pentru diferite jucării moi care, ca obiecte simbolice, sunt alintate și maltratate alternativ (investite cu libido și agresivitate). Faptul că acestea sunt obiecte neînsuflețite și, în consecință, nu se răzbună, permite copilului care tocmai a făcut primii pași să-și exprime întreaga scală a ambivalenței asupra lor.

(4) Jucăriile ce pot fi alintate pălesc treptat, cu excepția momentului mersului la culcare, când — în calitatea lor de obiecte tranziționale — ele continuă să faciliteze trecerea copilului de la participarea activă la lumea externă la retragerea narcisică necesară somnului.

În timpul zilei, locul lor este luat din ce în ce mai mult de materialul de joc care nu posedă statut de obiect prin el însuși, dar care servește activităților Eului și fantasmelor subiacente acestora. Aceste activități fie gratifică direct unul dintre instinctele componente, fie sunt investite cu energii pulsionale deplasate și sublimite, succesiunea lor cronologică fiind aproximativ după cum urmează:

- (a) jucării oferind ocazii pentru activități ale Eului cum ar fi umplerea-golirea, deschiderea-închiderea, potrivirea în, murdărirea etc., interesul pentru acestea fiind deplasat de la orificiile corpului și funcțiile acestora;
- (b) jucării care se mișcă furnizând plăcerea mișcării;
- (c) material de construcții oferind ocazii egale de construire și distrugere (în corespondență cu tendințele ambivalente ale fazei sadic-anale);
- (d) jucării servind exprimării tendințelor și atitudinilor masculine și feminine, pentru a fi utilizate
  - (i) în joc de rol solitar,
  - (ii) pentru afișarea obiectului oedipian (servind exhibiționismului falic),
  - (iii) pentru punerea în scenă a diferitelor situații ale complexului Oedip în jocul de grup (presupunând că stadiul 3 pe linia de dezvoltare către relaționare a fost atins).

Expresiile masculinității pot fi preluate și de activitatea Eului în gimnastică și acrobație, în care întregul corp al copilului și manipularea sa plină de măiestrie reprezintă, afișează și oferă bucurie simbolică prin activitatea și stăpânirea falică.

(5) satisfacția directă sau deplasată din activitatea de joc însăși face loc din ce în ce mai mult plăcerii găsite în produsul finit al activității,

plăcere care a fost descrisă în psihologia academică ca plăcerea îndeplinirii sarcinii, rezolvării problemei etc. Este considerată de anumiți autori ca o condiție esențială, indispensabilă pentru o performanță școlară de succes a copilului (Buhler, 1935).

Maniera exactă în care această plăcere de a îndeplini ceva este legată de viața instinctuală a copilului este încă o problemă deschisă în gândirea noastră teoretică, deși diverși factori operativi par inconfundabili, cum ar fi imitația și identificarea în relația timpurie mamă-copil, influența Idealului Eului, transformarea pasivului în activ ca mecanism de apărare și adaptare, și nevoia internă de maturizare, de dezvoltare progresivă.

Această plăcere în îndeplinire, legată doar secundar cu relațiile de obiect, care este prezentă la copiii foarte mici ca o capacitate latentă, este demonstrată într-o manieră practică de succesele metodei Montessori. În această metodă, materialul de joc de la grădiniță este selectat în așa fel încât să permită copilului maximum de creștere a stimei de sine și a gratificării, prin mijloacele îndeplinirii sarcinii și rezolvării independente a problemei. Se poate observa un răspuns pozitiv la astfel de ocazii, din partea copiilor, încă din stadiul primilor pași.

Atunci când această sursă de gratificare nu este ridicată la acest rang prin aranjamente exterioare, plăcerea derivată din realizarea în joc rămâne mai direct corelată cu lauda și aprobarea dată de lumea obiectelor, iar achiziția satisfacției din produsul finit va avea loc de-abia la o dată mai târzie, probabil ca rezultat al internalizării unor surse externe de stimă de sine.

(6) Capacitatea de a se juca se transformă în capacitatea de a *munci*<sup>1</sup> în momentul în care un număr de capacități suplimentare sunt achiziționate după cum urmează:

- (a) a controla, inhiba sau modifica impulsurile de a folosi materialele date, în mod agresiv și distructiv (a nu azvârli, rupe, murdări, păstra), în schimb a le folosi pozitiv și constructiv (a construi, planifica, învăța și — în viața comunitară — a împărtași);
- (b) a duce la îndeplinire planuri concepute anterior cu un minimum

<sup>1</sup> Ceea ce se încearcă aici nu este o definiție a muncii cu toate implicațiile sale sociale, cât și psihologice, ci mai degrabă o descriere a pașilor înainte făcuți în dezvoltarea Eului și în controlul pulsionilor ce par să fie premisele necesare achiziției capacității de a munci pentru fiecare persoană.

de preocupare pentru lipsa producerii de plăcere imediată, pentru frustrările ce intervin etc. și maximum de preocupare pentru plăcerea dată de rezultatul final;

- (c) a achiziționa, deci, nu numai tranziția de la plăcerea primitivă instinctuală la cea sublimată, împreună cu un înalt grad de neutralizare a energiei implicate, ci și tranziția de la principiul plăcerii la principiul realității, dezvoltare care este esențială pentru succesul practicii, în perioada de latență, adolescență și maturitate.

Derivând din linia de dezvoltare de la corp la jucărie și de la joc la muncă, bazându-se predominant pe ultimele lor stadii există un număr de activități aliate care sunt semnificative pentru dezvoltarea personalității, cum ar fi reveria, jocurile și hobby-urile.

*Reveria:* când jucăriile și activitățile legate de acestea pălesc în fundal, dorințele puse până atunci în acțiune cu ajutorul obiectelor materiale, adică îndeplinite în joc, pot fi continuate imaginativ în forma reveriilor conștiente, activitate fantasmatică ce poate persista până la adolescență, sau chiar mult mai departe.

*Jocurile:* jocurile își derivă originea din activitățile imaginative de grup ale perioadei oedipiene (vezi stadiul 4, d, iii), de la care ele se dezvoltă în expresii simbolice și foarte formalizate ale tendințelor către atac agresiv, apărare, competiție etc. Din moment ce ele sunt guvernate de reguli inflexibile la care fiecare persoană participantă trebuie să se supună, un copil nu poate participa cu succes la ele înainte de a achiziționa o oarecare adaptare la realitate și o oarecare toleranță la frustrare și, natural, nu înainte de a fi atins stadiul 3 pe linia de dezvoltare către relaționare.

Jocurile pot necesita o înzestrare (diferit de jucării). Cum în multe cazuri acesta are o semnificație falic-simbolică, adică masculin-agresivă, el este intens valorizat de copil.

În multe jocuri de competiție, corpul însuși al copilului și abilitățile sale corporale joacă rol de instrumente indispensabile.

Excelența și plăcerea în jocuri sunt deci o achiziție complexă dependentă de contribuții din mai multe arii ale personalității copilului, cum ar fi înzestrările și integritatea aparatului motor; o investire pozitivă a corpului și a aptitudinilor acestuia; acceptarea companiei și vieții de grup; anagajarea pozitivă a agresiunii controlate în serviciul ambiției etc. În mod corespunzător, funcționarea în această arie este deschisă

unui număr egal de tulburări ce pot rezulta din dificultățile de dezvoltare și din inadecvările din oricare dintre aceste arii, cât și din inhibițiile, determinate de fază, ale agresivității anale și masculinității falic-oedipiene

*Hobby-uri:* La jumătatea drumului între joc și muncă este locul hobby-urilor, care au anumite aspecte în comun cu ambele activități. Cu jocul, ele împărtășesc un număr de caracteristici:

- (a) a fi practicate în scopuri de plăcere, cu o comparativă desconsiderare față de necesitățile și presiunile externe;
- (b) a urmări scopuri deplasate, deci sublimare, scopuri care nu sunt totuși prea îndepărtate de gratificarea pulsivității erotice sau agresive;
- (c) a urmări aceste scopuri cu o combinație de energie pulsională nemodificată și energie în diverse stări și grade de neutralizare.

Hobby-urile împărtășesc cu atitudinile din muncă, așa cum au fost descrise mai sus, trăsătura importantă a unui plan conceput dinainte, care este urmărit într-un mod adaptat la realitate și dus la bun sfârșit de-a lungul unei perioade considerabile de timp, chiar în pofida unor frustrări și dificultăți exterioare.

Hobby-urile apar pentru prima oară la începutul perioadei de latență (colecționatul, urmărirea cu privirea, specializarea intereselor), suferă un număr de schimbări în conținut, dar pot persista sub aceeași formă de activitate de-a lungul întregii vieți.

### *Corespondența între liniile de dezvoltare*

Dacă examinăm în detaliu noțiunile noastre de normalitate medie, vom observa că ne așteptăm la o corespondență relativ strânsă între nivelele de creștere pe diferitele linii de dezvoltare. În termeni clinici, aceasta înseamnă că, pentru a fi o personalitate armonioasă, un copil care a atins un anumit stadiu în succesiunea către maturitatea emoțională (de exemplu constanța obiectului), ar trebui să fi obținut de asemenea nivele corespunzătoare în creșterea sa către independența corporală (cum ar fi controlul micțiunii și defecației, slăbirea legăturii dintre mâncare și mamă), în liniile spre relaționare, joc constructiv etc. Persistăm în această așteptare a normalului, deși realitatea ne prezintă multe exemple contrarii. Fără îndoială, există numeroși copii care prezintă un model foarte neregulat în creștere. Ei pot prezenta un avans în anumite direcții (cum ar fi maturitatea relațiilor emoționale, independența corporală

etc.) în timp ce sunt înapoiați în altele (cum ar fi jocul în care continuă să se agăte de obiecte tranzitoriale, jucării pufoase sau în dezvoltarea relațiilor în care persistă tratarea celor de aceeași vârstă ca elemente perturbatoare sau obiecte neînsuflețite). Unii copii sunt bine dezvoltați către gândirea secundară, vorbire, joc, practică, viața în comunitate în timp ce rămân într-o stare de dependență în ceea ce privește gestionarea propriilor procese corporale etc.

Astfel de dezechilibre între liniile de dezvoltare generează suficientă fricțiune în copilărie pentru a justifica o investigație mai aprofundată a circumstanțelor care le-au generat, în special în raport cu întrebarea în ce măsură sunt ele determinate de dispoziții înnăscute și în ce măsură de probleme de mediu.

Ca și în toate situațiile similare, sarcina noastră nu este să izolăm cei doi factori și să atribuim fiecăruia câte un câmp separat de influență, ci să urmărim interacțiunile acestora, ceea ce poate fi descris după cum urmează:

Presupunem că la toți copiii cu o înzestrare normală și neafectată organic, liniile de dezvoltare indicate mai sus sunt incluse în constituția lor, ca posibilități inerente. De partea Sinelui, înzestrarea ce le corespunde este reprezentată în mod evident de succesiunea etapelor de maturizare în dezvoltarea libidoului și agresivității; de partea Eului, mai puțin evidente și mai puțin bine studiate, există anumite tendințe înnăscute către organizare, apărare și structurare; probabil mai mult decât atât, deși știm chiar mai puține despre asta, există și anumite diferențe cantitative în accentul pus pe progresul într-o direcție sau alta. În rest, va trebui să căutăm influențele accidentale ale mediului care favorizează progresul special al unor linii individuale de dezvoltare. În analizele copiilor mai mari și în reconstrucțiile din analizele adulților, am găsit aceste forțe întruchipate de personalitățile părinților, de idealurile și acțiunile lor, de atmosfera familiei și de impactul cadrului cultural în ansamblu. Prin observarea analitică a copiilor mici s-a demonstrat că interesele particulare și predilecțiile mamei sunt cele care acționează ca stimuli. Cel puțin la începutul vieții, bebelușii par să se concentreze, în cadrul dezvoltării lor, asupra acelor linii care vor produce în modul cel mai evident iubirea și aprobarea mamei, adică plăcerea ei spontană față de realizările copilului și par, prin comparație, să le negligeze pe celelalte, în care o asemenea aprobare nu este oferită. Aceasta implică faptul că activitățile care sunt aclamate de mamă sunt repetate mai frecvent, devin investite libidinal și stimulate, în consecință, spre creștere ulterioară.

De exemplu, faptul că o mamă, din motive ce țin de propria structură a personalității, ia contact cu bebelușul ei, nu pe canalele corporale, ci prin vorbire pare să producă o diferență în temporizarea dezvoltării vorbirii și în calitatea verbalizărilor timpurii. Unele mame nu găsesc nici o plăcere în aventurile bebelușului ce crește și în indisciplina sa corporală, dar trăiesc cele mai plăcute și mai intime momente când bebelușul zâmbește. Am văzut cel puțin o astfel de mamă al cărei bebeluș făcea uz constant și dezordonat de zâmbet în abordările sale față de întregul mediu. Nu este un fapt necunoscut acela că un contact timpuriu cu mama prin cântecul ei are consecințe pentru atitudinile ulterioare față de muzică și poate promova aptitudini muzicale speciale. Pe de altă parte, dezinteresul marcat al mamei față de corpul copilului și față de motilitatea lui în dezvoltare, poate avea ca rezultat stângăcie, lipsă de grație în mișcări etc.

A fost de asemenea cunoscut în cadrul psihanalizei, cu mult înainte de a fi făcute astfel de observații asupra bebelușilor, că dispoziția depresivă a mamei în primii doi ani după naștere crează în copil o tendință la depresie (deși aceasta poate să nu se manifeste decât mulți ani mai târziu). Ceea ce se întâmplă este că astfel de bebeluși obțin sentimentul de unitate și armonie cu mama deprimată nu pe calea achizițiilor lor în dezvoltare, ci reproducând dispoziția mamei în ei înșiși.

Toate acestea nu înseamnă nimic mai mult decât faptul că tendințele, înclinațiile, predilecțiile (incluzând tendința la depresie, la atitudini masochiste etc.), care sunt prezente în toate ființele umane, pot fi erotizate și stimulate spre creștere prin formarea de legături emoționale între copil și primul său obiect.

Dezechilibrul dintre liniile de dezvoltare, care este creat în acest mod, nu este pe atât de patologic pe cât pare. O dizarmonie moderată nu face nimic mai mult decât să pregătească terenul pentru nenumăratele diferențe, așa cum există ele între indivizi, încă de la o dată timpurie, adică produc multiple *varietăți ale normalității* cu care noi ne vom confrunta.

#### *Aplicații: intrarea la grădiniță drept ilustrare*

Pentru a ne reîntoarce la întrebările și problemele ridicate de părinți, care au fost menționate mai sus:

Păstrând în minte punctele menționate mai sus, analistul de copii poate înceta să răspundă la acestea pe baza vârstei cronologice a copilului, factor care este lipsit de semnificație psihologică; sau pe baza prizei

intelectuale a copilului asupra situației, care este o viziune diagnostică unilaterală. Este preferabil ca el să gândească în termeni de diferențe psihologice fundamentale între matur și imatur, și în termeni de linii de dezvoltare. Disponibilitatea copilului de a trăi evenimente cum ar fi nașterea unui frate, spitalizarea, intrarea la școală etc. este astfel privită ca un rezultat direct al progresului dezvoltării pe toate acele linii care au o anumită legătură cu respectiva experiență. Dacă stațiile corespunzătoare au fost atinse, întâmplarea va fi constructivă și în beneficiul copilului; dacă aceasta nu s-a întâmplat, pe unele sau toate liniile implicate, copilul se va simți zăpăcit și suprasolicitat, și nici un efort din partea părinților, profesorilor sau îngrijitoarelor nu va preveni stresul, nefericirea și sentimentul de eșec care de multe ori iau proporții traumatice.

Un astfel de „diagnostic al copilului normal” poate fi ilustrat de un exemplu practic, luând — ca una dintre multele — chestiunea referitoare la circumstanțele de dezvoltare în care un copil este gata să părăsească temporar împrejurimile căminului său pentru prima dată, să renunțe la apropierea strânsă cu mama și să pătrundă în viața de grup într-o grădiniță, fără să sufere un stres disproporționat și având un beneficiu din aceasta.

#### STADIUL NECESAR PE LINIA „DE LA DEPENDENȚĂ LA AUTONOMIE EMOTIONALĂ”

În trecutul nu foarte îndepărtat, se presupunea că un copil care a ajuns la vârsta de trei ani și șase luni ar trebui să fie capabil să se separe de mama lui din prima zi, de la ușa de intrare în clădirea grădiniței și că ar trebui să se adapteze la noul mediu fizic, noul educator și noii colegi de joacă, toate într-o singură dimineață. Un ochi orb fusese întors către stresul noilor veniți; plânsetele după mamele lor, lipsa inițială de participare și cooperare erau considerate de minimă semnificație. Ceea ce se întâmpla în aceste condiții era că cei mai mulți copii treceau printr-un stadiu inițial de extremă nefericire, după care ei se supuneau rutinelor grădiniței. Unii inversau această succesiune a evenimentelor. Ei începeau cu o perioadă liniștită și o aparentă bucurie care apoi, spre surprinderea părinților și educatorilor, era urmată, o săptămână mai târziu, de nefericire intensă și de o prăbușire a participării. În cazul acestora, reacția întârziată era datorată unei prize intelectuale mai lente

asupra circumstanțelor exterioare. Ceea ce pare important cu privire la ambele tipuri de reacție este faptul că în acele vremuri nu fusese acordat nici un gând felului în care era afectat fiecare copil în interior de respectiva perioadă de stres și dezolare și – chiar mai important – faptul că aceasta era acceptată ca inevitabilă.

Privind din punctul nostru de vedere actual, acestea sunt inevitabile numai dacă considerațiile legate de dezvoltare sunt neglijate. Dacă la intrarea la grădiniță un copil de orice vârstă cronologică se găsește încă în stadiul unu sau doi al acestei linii de dezvoltare, separarea de casă și mamă, chiar pentru perioade scurte, nu este adecvată vârstei și afectează nevoile sale cele mai vitale; protestul și suferința în aceste condiții sunt legitime. Dacă el a atins cel puțin *constanța obiectului* (stadiul 3), separarea de mamă este mai puțin supărătoare, iar el este pregătit să întâlnească persoane noi și să accepte noi asocieri și aventuri. Chiar și în acest caz, schimbarea trebuie să fie introdusă gradat, în doze mici, perioadele de independență nu trebuie să fie prea lungi și, cel puțin la început, faptul de a se întoarce la mamă trebuie să aparțină opțiunii lui.

#### STADIUL NECESAR PE LINIA CĂTRE INDEPENDENȚA CORPORALĂ

Unii copii sunt deosebit de deranjați la grădiniță de faptul că nu se pot bucura de mâncarea sau băuturile care le sunt oferite sau de faptul că nu pot folosi toaleta pentru a urina sau defeca. Aceasta nu depinde de tipul de mâncare oferită sau de aranjamentul toaletei, deși copilul însuși folosește de obicei drept raționalizare faptul că acestea sunt străine. Diferența reală între funcția și disfuncția copilului în această privință este cea din dezvoltare. Pe linia de dezvoltare a alimentării trebuie atins cel puțin stadiul 4 al autoalimentării; pe linia către controlul micțiunii și defecației, atitudinea către curățenie, aparținând stadiului 3.

#### STADIUL NECESAR PE LINIA CĂTRE RELAȚIONARE

Orice copil va fi un element perturbator în grupul de la grădiniță și nefericit în sinea lui, înainte de a atinge stadiul în care să se poată raporta la alți copii cel puțin ca la ajutoare în joc (stadiul 3). El va

deveni un membru constructiv, un conducător, imediat ce va învăța să-i accepte pe ceilalți copii ca pe niște parteneri în drepturi depline, un pas care îi permite de asemenea să formeze prietenii reale (stadiul 4). De fapt, dacă dezvoltarea în această privință este la un nivel mai scăzut, fie nu va fi primit la grădiniță, fie i se va permite să o întrerupă.

#### STADIUL NECESAR PE LINIA DE LA JOC LA MUNCĂ

Copilul intră de obicei la grădiniță la începutul stadiului când „materialul de joc servește activităților Eului și fantasmelor subiacente acestora” (stadiul 4) și urcă pe scara dezvoltării prin faza jucăriilor și a materialului până când, la sfârșitul perioadei de grădiniță, el atinge începutul fazei de „a munci”, ce este condiția esențială necesară pentru intrarea la școală. În această privință, este sarcina educatorului din această perioadă să găsească corespondent nevoilor de ocupație și expresie ale copilului, în materialul oferit, și să nu creeze nici un sentiment de plictis, nici unul de eșec, rămânând prea mult în urma nevoilor copilului sau anticipându-le înainte ca acestea să apară.

În ceea ce privește abilitatea copilului de a se comporta adecvat la grădiniță, aceasta nu depinde de vreuna dintre liniile de dezvoltare descrise, ci în general de relațiile interioare între Eul și Sinele său.

Undeva în mintea sa, chiar și cea mai tolerantă educatoare de grădiniță poartă în minte imaginea unui copil de grădiniță „ideal”, care nu prezintă nici un semn exterior de nerăbdare sau neastâmpăr; care cere ceea ce dorește, în loc să apuce de-a dreptul; care își poate aștepta rândul; care este satisfăcut cu porția sa corectă; care nu are accese de furie și poate suporta dezamăgirile. Chiar dacă nici un copil nu va afișa toate aceste comportamente la un loc, ele pot fi găsite în cadrul grupului, la unul sau altul dintre copii, în raport cu unul sau altul dintre aspectele vieții de zi cu zi. În termeni analitici, aceasta înseamnă că, în această perioadă, copiii sunt pe punctul de a învăța cum să-și stăpânească afectele și impulsurile, în loc să se afle la mila acestora. Instrumentele dezvoltării aflate la dispoziția lor în această problemă aparțin mai presus de orice creșterii Eului: avansarea de la funcționarea proceselor primare la cele secundare, adică a fi capabil să interpoaleze gândurile, să raționeze și să anticipeze viitorul, toate acestea între dorință și acțiunea îndreptată

spre îndeplinirea ei (Hartmann, 1947); avansarea de la principiul plăcerii la principiul realității. Ceea ce vine în ajutorul copilului din partea Sinelui este ușurarea, adecvată vârstei – determinată probabil organic –, a urgenței pulsionilor.

Ceea ce va fi discutat acum, în legătură cu „rata de regresie” normală a copilului (Ernst Kris, 1950, 1951), este faptul că nu se poate aștepta de la nici un copil mic să-și mențină cel mai bun nivel al său de performanță sau de comportant pentru un timp nelimitat. Asemenea declinuri temporare în nivelul de funcționare, chiar dacă survin cu ușurință și în mod frecvent, nu afectează capacitatea sa de a intra la grădiniță.

### III

#### REGRESIA CA PRINCIPIU ÎN DEZVOLTAREA NORMALĂ

Liniile de dezvoltare și dizarmoniile lor, descrise mai sus, nu sunt responsabile de toate complicațiile care apar în copilărie, în special nu pentru toate obstacolele și opririle care îi stânjenesc cursul său lin.

Faptul că există o creștere progresivă de la starea de imaturitate la cea de maturitate, în lungul liniilor înăscute, dar și influențate și modelate la fiecare pas de condițiile de mediu, este o noțiune cu care noi suntem familiarizați de la procesele de creștere ale părții organice unde procesele anatomice, fiziologice și neurologice sunt în flux constant. Ceea ce suntem obișnuiți să vedem în corp este faptul conform căruia creșterea avansează într-o linie directă, progresivă, până ce este atinsă vârsta adultă, invalidată doar de intervenția severă a bolii sau rănirii și în cele din urmă de procesele distructive, involutive de la vârsta senectuții.

Nu există nici o îndoială că o mișcare similară progresivă susține și dezvoltarea psihică, adică faptul că în evoluția activității pulsionale, a impulsurilor, afectelor, rațiunii și moralității, individul se orientează de asemenea pe anumite căi specifice, prescrise, și, expus circumstanțelor

mediului, le urmează până la o concluzie. Dar analogia între cele două domenii nu merge mai departe de aici. În timp ce în plan fizic, în mod normal, dezvoltarea progresivă este singura forță înăscută ce operează, în plan psihic trebuie invariabil luat în considerare un al doilea set, auxiliar, de influențe care lucrează în direcția opusă și anume, fixațiile și regresiiile. Doar recunoașterea ambelor mișcări, a celei regresive și a celei progresive și a interacțiunilor între ele, duce la explicații satisfăcătoare ale întâmplărilor care au loc pe liniile de dezvoltare descrise mai sus.

#### Trei tipuri de regresie

Într-o completare (1914) la *Interpretarea viselor* (1900) a fost făcută distincția între trei tipuri de regresie: (a) o regresie *topografică*, în care excitațiile se mișcă înapoi de la zona motorie la zona senzorială a aparatului psihic până când se ajunge la sistemul perceptual; acesta este procesul regresiv care produce împlinirea halucinatorie a dorințelor în locul gândirii raționale; (b) o regresie *temporală* ca o revenire la structuri psihice mai vechi; (c) o regresie *formală* care face ca metodele primitive de exprimare și reprezentare să ocupe locul celor contemporane. Este stabilit prin aceeași conexiune că acele „trei tipuri de regresie sunt... una singură la bază și survin de regulă împreună; pentru că ceea ce este mai vechi în timp, este mai primitiv în formă și, în topografia psihică, este așezat mai aproape de zona perceptivă” (p. 548). În ciuda asemănărilor lor, pentru scopurile noastre prezente, acțiunile diferitelor tipuri de regresie par suficient de diferite pentru a fi discutate și tratate în mod separat, cu privire la diferitele părți ale personalității individului imatur și chiar pentru a fi subdivizate ulterior.

Pentru a facilita gândirea în limbajul nostru curent metapsihologic, încep prin a traduce concepția topografică mai timpurie a aparatului psihic în termenii structurali de mai târziu. Citatul din *Interpretarea viselor* poate fi acum citit astfel: că regresia poate surveni în toate cele trei părți ale structurii personalității, în Sine, la fel de bine ca și în Eu și Supraeu; și că ea poate implica conținutul psihic, la fel de bine ca și metodele de funcționare; că regresia *temporală* va implica impulsurile direcționate pe scop, reprezentările obiectului și conținutul fantasmei; regresia *topografică* și cea *formală* va interesa funcțiile Eului, procesul secundar de gândire, principiul realității etc.

### *Regresia pulsională și cea a dezvoltării libidinale*

Cel mai profund studiată în analiză este regresia temporală a pulsionii și a dezvoltării libidinale. Ceea ce este afectat aici, pe de o parte, este alegerea obiectelor și relațiile cu ele, cu întoarcerea consecutivă la cele cu semnificație timpurie și la expresiile cele mai infantile de dependență. Pe de altă parte, organizarea pulsională ca un întreg poate fi afectată și reîntoarsă la nivelele pregenitale mai timpurii, iar manifestările agresive care le însoțesc pot fi aduse în prim plan. Regresia, în această privință se consideră a fi bazată pe o caracteristică specifică a dezvoltării pulsionale și anume, pe faptul că, în timp ce libidoul și agresivitatea avansează de la un nivel la următorul și investesc obiectele care servesc satisfacției de la fiecare stadiu, nici una dintre stațiile de pe drum nefiind complet părăsită, așa cum se întâmplă pe latura organică. În timp ce o parte a energiei libidinale este pe un drum înainte, alte porțiuni din ea, în cantități variabile, rămân în urmă, legate la scopuri sau obiecte mai timpurii și crează așa numitele *puncte de fixație* (la autoerotism și narcisism, la stadiile relației mamă-copil, la dependența preoedipiană și oedipiană, la atitudinile sadic-anale și pasiv-masochiste, la masturbarea falică, la exhibiționism, la egocentrism etc.). Punctele de fixație pot fi cauzate de orice fel de experiență traumatică, prin frustrare excesivă sau gratificare excesivă la oricare dintre aceste nivele și pot avea legate de ele diverse grade de cunoaștere și conștiință, sau refulare și ne-conștient. Pentru rezultatul dezvoltării, acesta este un fapt mai puțin important decât cel că, indiferent de cauză și în orice stare ar fi, ele au funcția de a lega și reține energii pulsionale și prin aceasta de a sărăci funcționarea pulsională de mai târziu și relațiile de obiect.

Fixațiile și regresiiile au fost întotdeauna privite ca interdependente.<sup>1</sup> Prin însăși existența lor, și în concordanță cu cantitatea de libido și agresivitate cu care ele sunt investite, punctele de fixație exercită o atracție retrogradă constantă asupra activității pulsionale, atracție care se face simțită atât în timpul întregii dezvoltări timpurii, cât și la maturitate.

Intricările regresiei *sexuale* pot fi cel mai bine observate în orice

<sup>1</sup> „Cu cât sunt mai puternice fixațiile (libidinale) de pe calea dezvoltării, cu atât mai degrabă funcția (mai târzie) va scăpa de dificultățile externe prin regresarea la fixații” (S. Freud, 1916-1917, p. 341).

situație clinică ce este disecată și descrisă în detaliu, deși prezentările privitoare la acestea sunt în mod neinspirat scurtate și, prin asta, incomplete. Astfel, nu este suficient să spui că un băiat aflat la nivelul falic-oedipian sub impactul angoasei de castrare „a regresat la faza orală sau anală”. Ceea ce trebuie descris în plus este forma, scopul și semnificația mișcării regresive care a avut loc. Afirmatia poate însemna, în forma sa cea mai simplă, nu mai mult decât că băiatul s-a retras din rivalitatea cu tatăl și din fanatasma posedării mamei oedipiene și și-a reactivat concepția sa preoedipiană despre ea cu agățatul, solicitarea, atitudinile torturante corespunzătoare, în timp ce, altfel, totul rămâne la fel: el continuă să o privească ca pe o persoană întreagă, în toate drepturile sale și continuă să descarce excitațiile anale și orale legate de ea, în actul masturbării falice. Sau, aceeași afirmație, poate implica faptul că regresia a afectat de asemenea și nivelul de relaționare cu obiectul. În acest caz, renunță la constanța obiectului și ceea ce este rețrăit sunt atitudinile anaclitice (sau de obiect parțial): importanța personală a obiectului iubirii devine umbrită din nou de importanța satisfacerii pulsionii parțiale, o relație care este normală pentru perioada primilor pași, dar care — la vârste mai mari sau la maturitate — produce superficialitate și promiscuitate în relațiile obiectale. Există o a treia posibilitate, aceea că regresia poate include de asemenea metoda de descărcare a excitației sexuale; unde se întâmplă așa, masturbarea falică dispăre complet și este înlocuită de impulsuri de a mânca, bea, urina, sau defeca până la intensitatea excitației.

Cele mai serioase manifestări sunt, evident, acelea în care toate cele trei forme de regresie sexuală (a obiectului, a scopului și a metodei de descărcare) survin simultan.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> În timpul procesului propriu-zis al analizei unui copil este ușor de distins între pacientul băiat care produce (sau se luptă să suprimă) o erecție în momentele semnificative și ceilalți care în locul acesteia, au nevoie să evadeze la toaletă pentru a urina sau defeca sau care au o nevoie urgentă de un pahar de apă sau de a suge dulciuri.

Faptul că metoda de descărcare a excitației sexuale este de înaltă semnificație pentru evaluarea întregului statut al constelației sexuale a unui copil, a fost discutat de S. Freud în „Un caz de nevroză infantilă” (1918, scrisă în 1914): „Faptul că băiețelul nostru a avut un scaun ca semn al excitației sale sexuale trebuie să fie privit ca o caracteristică a constituției sale sexuale congenitale. El și-a asumat la un moment dat o atitudine pasivă și ulterior a prezentat o mai mare înclinație spre o identificare cu femeile, decât cu bărbații” (p. 81).



### *Regresia în dezvoltarea Eului*

În practica noastră de analiști, am devenit atât de familiarizați cu această influență reciprocă constantă între fixații și regresii încât trebuie să ne păzim de greșeala aproape automată de a privi procesele regresive de partea Eului și Supraeului în termeni corespondenți. În timp ce primele situații sunt determinate, mai presus de orice, de adeziunea încăpățanată a pulsionilor la toate obiectele și pozițiile care au produs vreodată satisfacție, caracteristici de acest fel nu joacă nici un rol în regresia Eului, care se bazează pe principii diferite și urmează reguli diferite.

### REGRESII TEMPORARE ALE EULUI ÎN DEZVOLTAREA NORMALĂ

Mișcările regresive care survin în dezvoltarea normală a funcționării oricărui copil sunt bine cunoscute tuturor celor care lucrează cu copii mici și cu educarea lor în aptitudinile practice. Regresia funcției este luată de aceștia ca o caracteristică obișnuită a comportamentului copiilor.<sup>1</sup>

De fapt, tendințele regresive, atunci când sunt studiate în detaliu, pot fi observate că apar în legătură cu toate achizițiile importante ale copilului: în funcțiile Eului de control al motilității, de testare a realității, de integrare, de vorbire; în achiziția controlului vezicii și intestinelor; în procesul secundar al gândirii și în stăpânirea angoasei; în elementele de adaptare socială, cum ar fi toleranța la frustrare, controlul impulsului, în maniere; în cerințele Supraeului, cum ar fi cinstea, corectitudinea în relația cu ceilalți etc. În toate aceste privințe, o capacitate individuală a copilului de a funcționa la un nivel comparativ ridicat nu reprezintă o garanție că realizarea sa va fi stabilă și continuă. Din contră: întoarcerile ocazionale la comportamente mai infantile, trebuiesc luate ca un semn normal. Astfel, vorbirea fără sens sau chiar bâlbâiala au locul lor în viața copilului, împreună cu vorbirea rațională sau alternând cu ea. Obiceiurile curățeniei, legate de mersul la toaletă nu sunt obținute dintr-o dată, ci este necesar un drum lung înainte și înapoi printr-o

<sup>1</sup> Există o vorbă populară spunând că „copii fac doi pași înainte și un pas înapoi”.

interminabilă serie de succese, recăderi, accidente. Jocul constructiv cu jucăriile alternează cu murdărirea, distrugerea și cu jocul erotic cu corpul. Adaptarea socială este periodic întreruptă de reveniri la egoismul pur etc. De fapt, ceea ce considerăm noi ca surprinzător nu sunt căderile, ci achizițiile bruște ocazionale și avansările. Asemenea mișcări înainte pot surveni în hrănire, unde iau forma unui refuz brusc al sânului și trecerea la biberon, lingură sau ceașcă, sau de la lichide la solide; sau, la vârste mai mari, o liniștire bruscă a capriciilor alimentare. Sunt cunoscute ca având loc și în obiceiuri cum ar fi renunțarea bruscă la suptul degetului sau la un obiect tranzițional, la aranjamentele fixe de somn etc. În educația sfincteriană, sunt cunoscute situațiile de schimbare aproape instantanee de la udat și mânjit, la controlul vezical și al intestinelor; cu privire la agresivitate, poate avea loc dispariția peste noapte și instalarea unei atitudini timide, reținute, neîncrezătoare. Dar oricât de convenabile pot fi asemenea transformări ale copilului pentru cei din jur, diagnosticianul le privește cu suspiciune și le atribuie nu fluxului normal de dezvoltare progresivă, ci influențelor traumatice și angoaselor care îi grăbesc în mod defavorabil cursul normal. Conform experienței, metoda lentă a încercării și erorii, progresului și revenirii temporare este cea mai potrivită creșterii psihice sănătoase.

### DETERIORAREA FUNCȚIONĂRII PROCESULUI SECUNDAR ÎN STAREA DE VEGHE A COPIILOR

Această cunoaștere practică a ubicuității regresiiilor Eului în viața normală a copiilor nu a fost completată timp de mulți ani de o abordare corespunzătoare a subiectului în literatura psihanalitică. În ceea ce mă privește, m-a interesat subiectul de mult timp și l-am supus atenției Societății din Viena în anii '30 într-o scurtă lucrare, intitulată „Deteriorarea funcționării procesului secundar în starea de veghe a copiilor”. Am rezumat acolo că asemenea deteriorări se manifestă într-o serie de situații care au în comun faptul că controlul Eului asupra funcționării psihice este slăbit pentru un motiv sau altul, după cum urmează:

(a) în *analiza copilului*, ca și în orice cadru analitic, aranjamentele sunt făcute cu intenția de a stimula copilul să-și reducă apărările și

controlul și de a crește libertatea fantasmelor, impulsurilor, proceselor preconștiente și inconștiente. În aceste condiții, se poate observa cum jocul și expresiile verbale ale copilului pierd gradat caracteristicile de proces secundar de gândire, cum ar fi coerența, logica, raționalitatea și afișează în locul lor, caracteristici ale procesului primar de gândire, cum ar fi generalizări, deplasări, repetitivitate, distorsionări, exagerări. O anumită temă centrală care, inițial, este descoperită într-un loc logic în cadrul unui joc sau unei fantasme, poate degenera și se poate atașa, la orice element de construcție, oricât de forțată și nepotrivită ar fi conexiunea; sau poate fi amplificată până devine absurdă. Să luăm exemple din practica analitică prezentă și trecută: un băiat de cinci ani, în jocul său cu „mica lume“ de jucării, introduce elementul de „luptă“ într-un mod experimental și prudent, lăsând mica familie de păpuși să se implice în certuri ale unora cu ceilalți; pe măsură ce jocul a avansat, elementul de luptă a scăpat de sub control și a trecut de la oameni la obiecte neînsușite, până când, la momentul de apogeu, era implicată toată mobila, iar chiuveta de bucătărie angajată într-o bătălie sălbatică „corp la corp“ cu masa și dulapurile. În mod similar, desenul unei nave de război făcut de un băiețel poate conține probabil unul sau două tunuri plasate în pozițiile corecte, în timp ce producția care urmează le crește numărul și plasarea lor peste tot până când întregul vapor, deasupra și sub apă, se umple de ele.<sup>1</sup>

Elemente cum ar fi mușcatul, care apar mai întâi în fantasmă legate de un anumit animal sălbatic cum ar fi tigrul sau crocodilul, pot părăsi locul de care ele sunt legate prin reprezentare simbolică și, o dată eliberate de sub controlul Eului, să se manifeste peste tot, antrenând toată lumea și toate lucrurile, în a mușca unii din alții.

(b) Se poate observa că apar manifestări aproape identice în afara cadrului analitic în comportamentul copiilor normali la *culcare*, în perioada de tranziție între starea de veghe activă și adormire, când până și cel mai rațional și mai bine adaptat copil începe să devină îngrijorat, să se plângă, să vorbească aiurea, să se agate și să ceară atenția fizică cu care a fost obișnuit la vârste mult mai fragede. Ceea ce impresionează în mod special în acest caz este dezordinea crescândă în procesele gândirii, perseverarea în pronunțarea aceluiași cuvinte sau proziții, labilitatea generală a afectelor, demonstrată de comutarea

aproape instantanee a dispoziției de la ilaritate la plâns. Pentru cei care studiază regresia, mai rar poate fi găsită o ilustrare mai convingătoare a deteriorării gradate a Eului și a eșecului său de a îndeplini una sau alta dintre funcții, până când toată funcționarea Eului este suspendată și intervine somnul.

(c) De fapt, prima întâlnire cu astfel de manifestări s-a petrecut mult mai devreme, când eram încă *la școală*. Îmi aduc clar aminte că, eleve fiind la sfârșitul clasei a șasea, eram suprasolicitate de un orar care presupunea o succesiune de materii dificile fără pauze suficiente între ele. Oricât de impecabil de atente și sensibile eram la începutul dimineții, acestea se prăbușeau în a cincea sau a șasea oră, în care până și cele mai inocente cuvinte șoptite sau pronunțate de cineva produceau răbufniri sălbatic de chicote și de comportament necontrolat. Profesorii bărbați ce aveau ghinionul să preia clasa la aceste ore obișnuiau să considere, indignați, întreaga clasă de fete, ca „un cârd de găște proaste“. Realizam că eram obosite, dar mă surprindea că acest fapt ne făcea să fim proaste, dar tot ceea ce putem să fac în acel moment era să îndosariesc faptul în memoria mea în așteptarea explicațiilor ulterioare.

#### ALTE MODURI ALE REGRESIEI EULUI SUB STRES

Chiar dacă descrierile mele au suscitat un interes minim în Societatea din Viena (și au rămas nepublicate) la acel moment, întregul subiect a fost reluat la o dată ulterioară de un număr de autori analiști. Urmărind comportamentul copiilor mici la grădiniță, Ernst Kris a introdus conceptul de „rată a regresiei“. El a demonstrat cu exemple că, cu cât este mai mic copilul, cu atât este mai scurtă perioada în care performanțele sale se mențin la un nivel optim. Aceasta explică faptul, binecunoscut în mod empiric educatorilor de grădiniță, că elevii lor vor funcționa mai puțin bine la sfârșitul dimineții decât la începutul acesteia, motiv pentru care aceste regresii implică mănuierea materialului de joc (întoarcere de la stadiul jocului constructiv, dominat de Eu, la stadiul jocului murdar, agresiv și distructiv dominat de impuls); relațiile sociale (întoarcere de la parteneriat și considerație pentru ceilalți la egoism și ceartă); și toleranța la frustrare (scăderea controlului Eului asupra impulsurilor cu o creștere rezultantă a urgenței activității pulsionale).

<sup>1</sup> Aceasta are, desigur, și un caracter defensiv, care este neglijat aici.

O serie de alte publicații au pus accentul și asupra altor situații de stres în afara oboselii, ca factori operativi în regresia funcționării, deși în aceste cazuri regresia Eului apare uzual cuplată cu o regresie pulsională simultană, sau ca un preambul sau consecință a acesteia. Aceste lucrări s-au referit, pe de o parte, la influența *durerii fizice*, febrei, disconfortului fizic de orice fel și au pus în vedere faptul că, în ceea ce privește obișnuințele legate de hrănire și somn, educația sfincteriană, joc și adaptabilitate generală, copiii bolnavi trebuie priviți și tratați drept copii potențial regresați, cu multe din funcțiunile adecvate vârstei reduse sau temporar suspendate (Anna Freud, 1952). Pe de altă parte, a început să se acorde o atenție sporită din 1940 efectului corespunzător al durerii psihice în situații traumatice, în angoasă sau, mai mult decât orice, în disconfortul cauzat de separarea unui copil mic de primele sale obiecte de iubire (angoasa de separare). Regresiile severe libidinale și ale Eului, cauzate de cele menționate, au fost descrise pe larg la Grădinițele de Război, în alte instituții rezidențiale, spitale etc.<sup>1</sup>

Există aici o caracteristică distinctă a regresiei Eului ce trebuie observată indiferent de diferiții factori declanșatori. În contrast cu regresia pulsională, mișcările retrograde pe scala Eului nu conduc înapoi la pozițiile stabilite anterior, dacă nu există nici un punct de fixație acolo. În loc de asta, urmăresc drumul pas cu pas, de-a lungul liniei care a fost urmată în cursul avansării. Acest fapt este susținut și de descoperirile clinice, că în regresia Eului în mod invariabil este pierdută mai întâi, achiziția cea mai recentă.<sup>2</sup>

#### REGRESIILE EULUI CA REZULTATE ALE ACTIVITĂȚII DEFENSIVE

Un alt tip de slăbire a funcției Eului merită să fie descris ca „regresie“, deși în mod obișnuit nu este inclus în această categorie.

În timp ce Eul copilului crește și își dezvoltă funcțiile, o *conștiință* mai bună asupra lumii sale interne și externe îl aduce în contact cu

<sup>1</sup> Vezi pentru acest subiect, A. Freud și D. Burlingham (1943, 1944), John Bowlby (1960), James Robertson (1958), René Spitz (1945, 1946) și alții.

<sup>2</sup> Vezi observațiile făcute despre pierderea vorbirii, educației sfincteriene etc., la copiii despărțiți de mamele lor.

multe aspecte neplăcute și dureroase; dominanța în creștere a *principiului realității* reduce trăirea în fantasmă; îmbunătățirea *memoriei* conduce la reținerea nu doar a elementelor plăcute, ci și a celor înspăimântătoare și dureroase; *funcția sintetică* pregătește terenul pentru conflictul dintre instanțele interne etc. Influxul rezultat de neplăcere și angoasă este mai mult decât poate suporta o ființă umană, fără vreo ușurare; în consecință, acesta este îndepărtat de mecanismele de apărare care intră în acțiune pentru a proteja Eul.

Astfel, *negarea* interferează cu exactitate în percepția lumii externe prin excluderea neplăcerii. *Refularea* face același lucru pentru lumea internă prin retragerea investirii conștiente de la elementele neplăcute. *Formațiunile reacționale* înlocuiesc neplăcutul și ceea ce nu este binevenit, cu contrariul. Toate aceste trei mecanisme interferează cu memoria, adică cu funcționarea imparțială cu privire la plăcere sau neplăcere. *Proiecția* merge împotriva funcției sintetice, prin eliminarea elementelor producătoare de angoasă din imaginea personalității și atribuirea lor lumii de obiecte.

Pe scurt, în timp ce forțele de maturizare și adaptare se luptă pentru o eficiență crescândă, guvernată de realitate, în întreaga funcționare a Eului, apărarea împotriva neplăcerii lucrează în direcția opusă și, la rândul său, invalidează funcțiile Eului. În această zonă, de asemenea, mișcările constante de înainte-înapoi, progres și regres alternează și interacționează unele cu altele.

#### Regresii ale pulsionii și ale Eului, temporare și permanente

În ceea ce urmează, este implicat faptul că regresiiile pulsionilor, la fel ca și cele ale Eului și Supraeului sunt procese normale care își au originea în flexibilitatea individului imatur. Acestea constituie răspunsuri folositoare la dificultatea unui anumit moment și sunt întotdeauna la dispoziția copilului ca răspunsuri la situații care altfel se pot dovedi de nesuportat.<sup>1</sup> Astfel, ele servesc simultan adaptarea și apărarea și în ambele funcții ajută la menținerea stării de normalitate.

Ceea ce nu a fost suficient accentuat până acum, este faptul că acest aspect benefic al regresiei se referă doar la acele situații în care procesul

<sup>1</sup> Conform unei formulări a lui René Spitz.

este temporar și reversibil în mod spontan. Afectarea funcției datorată oboselii dispare în mod automat după odihnă sau somn; dacă aceasta este datorată frustrării, durerii, supărării, pozițiile pulsionale sau metodele de funcționare ale Eului adecvate vârstei se restabilesc imediat ce cauza solicitării a fost îndepărată sau, în orice caz, curând după aceasta.<sup>1</sup>

Dar ar fi un optimism nejustificat din partea noastră să ne așteptăm la o astfel de evoluție favorabilă a evenimentelor în marea majoritate a cazurilor. Se întâmplă chiar, la fel de des, în special după supărări traumatiche, angoase, boală etc, ca regresiiile o dată lansate, să devină permanente; energiile pulsionale rămân astfel desprinse de la scopurile lor adecvate vârstei și funcțiile Eului și Supraeului rămân incomplete, astfel încât orice dezvoltare progresivă ulterioară este grav afectată. Unde se întâmplă astfel, regresia încetează să mai fie un factor benefic în dezvoltarea normală și devine un agent patogen. Din nefericire, în constatarea noastră clinică a regresiiilor ca procese în curs de evoluție, este aproape imposibil de determinat, în cazul dat al unui copil, dacă pasul periculos de la regresie temporară la regresie permanentă a fost deja făcut sau dacă trebuie încă așteptată reinstalarea spontană a nivelelor anterior atinse. Astfel, până acum, nu cunosc nici un criteriu pentru această evaluare, deși întreaga decizie despre anormalitatea unui copil poate depinde de această distincție.

### *Regresia și liniile de dezvoltare*

Pentru a ne întoarce încă o dată la conceptul liniilor de dezvoltare:

O dată ce acceptăm regresia ca pe un proces normal, acceptăm și că mișcarea în lungul acestor linii este prin natura ei un drum cu două sensuri. În timpul întregii perioade de creștere, trebuie să se considere astfel legitim pentru copii ca aceștia să involueze periodic, să piardă controlul după ce l-au stabilit, să restabilească modelele de dormit și de hrănire mai timpurii (de exemplu, în boală), să caute refugiu și siguranță (în special în angoasă și supărare) prin reîntoarcerea la formele timpurii de a fi protejat și reconfortat în relația cu mama preoedipiană și simbio-

tică (în special, la vremea culcării). Departe de a interfera cu dezvoltarea ulterioară, acesta va fi un fapt benefic pentru libertatea sa, dacă drumul înapoi nu este blocat complet prin dezaprobarea de către mediu și prin refulări și restricții interne.

La dezechilibrul în personalitatea copilului, care este cauzat de dezvoltarea cu viteze diferite, pe diferite linii progresive spre maturitate, trebuie să adăugăm acum inegalitatea care se datorează regresiei diferitelor elemente ale structurii și ale combinațiilor acestora. Pe această bază devine mai ușor de înțeles de ce există o așa mare deviație de la creșterea uniformă și de la imaginea aproximativă a unui copil „normal”. Cu interacțiuni atât de complexe între progres și regresie, dizarmoniile, dezechilibrele, complicațiile în dezvoltare, pe scurt, *variațiile normalității* ajung infinite.

<sup>1</sup> După boală, spitalizare, separare, există decalaje de durate variabile între reîntoarcerea la condițiile externe normale și recăștigarea nivelelor pulsionii și Eului adecvate vârstei.

## CAPITOLUL 4

### Evaluări ale patologiei

#### Partea I

#### *Câteva aprecieri generale*

În cadrul gândirii noastre analitice, privim tranziția de la variațiile normalului la apariția patologiei propriu-zise ca fiind un pas cantitativ, dar, adesea, și unul calitativ. Privim echilibrul psihic al ființelor umane ca fiind bazat, pe de o parte, pe anumite relații stabilite între instanțe interne, din interiorul structurii lor, iar pe de altă parte, între personalități în întregul lor și condițiile de mediu. Aceste relații sunt influențate de orice creștere sau descreștere a derivatelor Sinelui, acestea survenind spontan în perioada de latență, în adolescență sau la climacteriu; de orice slăbire a forțelor Eului și Supraeului, așa cum se întâmplă în suprasolicitare, în oboseală extremă, în multe boli, în mod regulat la bătrânețe; și de schimbări în ocaziile de obținere a satisfacției, așa cum sunt cele produse de pierderea obiectului și de alte deprivări și frustrări impuse din exterior. Ușurința cu care echilibrul este deranjat, a condus la viziunea „cum că nu poate fi trasă o linie netă între oamenii „nevrotici“ și cei „normali“, „...că concepția noastră despre «boală» este una pur practică și o chestiune de sumatie, că predispoziția și evenimentele vieții se pot combina înainte ca pragul acestei acumulări să fie depășit și că, în consecință, un număr de indivizi trec în mod constant din clasa oamenilor sănătoși în aceea a pacienților nevrotici, în timp ce un număr mult mai mic pot face și călătoria în direcția opusă.“ (S. Freud, 1909, p. 145f.).

În timp ce această prezentare are rolul să-i cuprindă pe oamenii de toate vârstele, „fie ei copii ori adulți“ (ibid.), este evident că linia de demarcație între sănătate psihică și boală este chiar mai dificil de stabilit în copilărie decât în stadiile mai târzii. În tabloul creșterii copilului spre maturitate, așa cum a fost prezentat în capitolul anterior, este inerent faptul că raportul de forțe între Sine și Eu variază continuu; că procesele adaptative și defensive, benefice și patogene se amestecă unele

cu altele; că tranziția de la un nivel de dezvoltare la următorul instituie puncte de potențial blocaj, disfuncție, fixație și regresie; că derivatele Sinelui și funcțiile Eului și, o dată cu ele, liniile principale de dezvoltare cresc în ritmuri inegale; că regresiiile temporare pot deveni permanente; pe scurt, că există un număr de factori care se combină spre a submina, reține, distorsiona și deturna forțele pe care se bazează creșterea psihică.

Pe această scenă internă, în continuă schimbare, a individului în dezvoltare, categoriile diagnostice curente sunt de puțin ajutor și mai degrabă cresc, decât să scadă, aspectele confuze ale tabloului clinic.

În ultimii ani, analiza copilului a avansat decisiv într-o varietate de direcții. În ceea ce privește procedura tehnică, aceasta a atins un statut mai mult sau mai puțin independent, în pofida multor inițiali pași înapoi și a unor dificultăți. În zona teoriei, au fost făcute descoperiri care sunt recunoscute ca adevărate completări, mai mult chiar decât confirmări, ale corpusului cunoașterii psihanalitice. Dar, în momentul actual, acest spirit aventuros și chiar revoluționar al analistului de copii s-a epuizat în ariile tehnicii și teoriei și s-a împiedicat înaintea problemei importante a clasificării tulburărilor. În acest domeniu a fost aplicată o politică de-a dreptul conservatoare, categoriile diagnostice fiind preluate cu toptanul, nu doar din domeniul analizei adultului, ci, dincolo de aceasta, din psihiatria și criminologia adultului. Întreaga psihopatologie a copilăriei a fost adecvată, mai mult sau mai puțin forțat, în aceste modele.

Există multe motive pentru care, pe termen lung, această soluție la problema diagnosticului se dovedește nesatisfăcătoare ca bază pentru evaluare, prognostic și selecție a măsurilor terapeutice.

#### EVALUĂRI DESCRIPTIVE VERSUS EVALUĂRI METAPSIHOLOGICE

Ca și în domeniul psihanalizei adultului, natura descriptivă a multor categorii diagnostice curente este contrară gândirii psihanalitice, în măsura în care se pune accentul pe identitatea sau diferența dintre simptomatologiile manifeste, în timp ce le neglijează pe acelea dintre factorii patogeni subiacenți. Este adevărat că, în această manieră, se obține o clasificare a tulburărilor, care pare ordonată și comprehensivă la prima vedere. Dar o astfel de schemă nu face nimic pentru ca gândirea mai profundă să avanseze sau pentru a stabili diagnostice diferențiale în sens

metapsihologic. În mod contrar chiar, ori de câte ori analistul acceptă gândirea diagnostică la acest nivel, el este în mod inevitabil condus la confuzie în evaluare și, consecutiv, la inferențe terapeutice eronate.

Pentru a da câteva exemple în locul multor alora: termeni cum ar fi criza de nervi, chiulitul, hoinăritul, angosta de separare etc., subsumează sub aceeași titulatură o varietate de tablouri clinice în care comportamentul și simpomatologia sunt similare, deși, conform patologiei lor metapsihologice subiacente, ele aparțin unor categorii analitice complet diferite și reclamă atitudini terapeutice diferite.

O *criză de nervi*, de exemplu, poate să nu fie mai mult decât descărcarea directă afectiv-motorie a derivatelor pulsionale haotice la un copil mic; în acest caz, există o șansă foarte mare să dispară ca simptom, fără nici o formă de tratament, imediat ce au fost stabilite vorbirea și alte canale de descărcare mai ego-sintonice. Sau, ca o a doua posibilitate, criza de nervi poate fi o izbucnire agresiv-distructivă în care tendințele ostile sunt, în parte, deviate de la lumea obiectală și trăite într-o manieră violentă asupra propriului corp al copilului sau asupra obiectelor înconjurătoare neînsuflețite (datul cu capul, lovitul de mobilă sau de pereți etc.); în această eventualitate, doar captarea supărării și reasocierea acesteia cu persoana frustrantă sau supărătoare vor aduce ușurarea. Sau, ca o a treia posibilitate, ceea ce se prezintă ca o criză de nervi poate să fie, la o inspecție mai atentă, un acces de angostă, care survine la structurile de personalitate mai înalt organizate ale copiilor fobici, ori de câte ori mediul intervine asupra mecanismelor lor de protecție. Lipsit de apărarea sa, un copil agorafobic forțat să meargă pe o stradă, sau un copil cu o fobie la un animal confruntat cu obiectul fricii sale, sunt expuși, fără ajutor, la o angostă masivă și intolerabilă, iar ei exprimă această stare în accese care, descriptiv, pot fi de nediferențiat de o criză de nervi. Totuși, spre deosebire de crizele de nervi, aceste accese de angostă sunt ameliorate exclusiv prin reinstalarea apărării sau prin urmărire analitică, interpretare și disoluție a sursei originale a angostei deplasate.

În mod similar, o varietate de stări disparate sunt acoperite de termenii de *chiul*, *vagabondaj* sau *hoinărit*. Anumiți copii fug de acasă pentru că sunt maltratați sau pentru că nu sunt legați de familiile lor prin atașamentele emoționale uzuale; sau fug de la școală sau evită școala pentru că se tem de profesor sau de colegi, sau pentru că performanța lor școlară este slabă, sau pentru că se așteaptă la critică,

pedeapsă etc. În aceste cazuri, comportamentul deviant își are rădăcinile în condițiile externe ale vieții copilului și este înlăturat o dată cu îmbunătățirea celor din urmă. În contrast cu această situație simplă, există copii care vagabondează sau chiulesc nu datorită unor motive externe, ci a unora interne. Ei se află sub dominația unei exigențe inconștiente care îi îndeamnă să umble după o țintă imaginară, de regulă un obiect pierdut din trecut, adică, deși descriptiv ei fug *de* mediu, într-un sens mai profund ei fug *spre* împlinirea unei fantasmă. În cazul lor, nu gestionarea sau ameliorarea condițiilor externe, ci doar descoperirea dorinței inconștiente, va îndepărta simptomul.

Chiar și termenul mai nou elaborat de *angostă de separție* este unul mai degrabă descriptiv, decât dinamic, în folosirea sa. În diagnosticile clinice poate fi găsit ca fiind aplicat în mod nediferențiat stărilor de suferință la copiii separați, la fel ca și stărilor psihice cauzatoare de fobii școlare (adică incapacitatea de a părăsi casa), sau dor de casă (o formă de doliu la copiii în latență). Și aici folosirea aceluiași nume pentru două forme de tulburare cu aparențe manifeste similare, tinde să ascundă diferențele metapsihologice esențiale care le sunt caracteristice. A separa, pentru orice motiv, un copil mic de mama sa în timpul perioadei de unitate biologică dintre ei, reprezintă o interferență nejustificată cu nevoile majore înnăscute. Un copil reacționează la aceasta cu o supărare legitimă care poate fi îndepărtată doar prin întoarcerea mamei, sau, pe termen lung, prin stabilirea unei legături materne substitutive. Nu există nici o corespondență, exceptând comportamentul, între acest caz și stările psihice ale copilului ce prezintă dor de casă sau fobii școlare. În aceste ultime cazuri, suferința trăită la separarea de mamă, părinți sau casă se datorează unei ambivalențe excesive față de acestea. Conflictul dintre iubirea și ura pentru părinți poate fi tolerat de copil doar în prezența lor reasiguratoare. În absența lor, partea ostilă din ambivalență ia proporții înfricoșătoare și copiii se agață de figurile ambivalent iubite ale părinților ca pentru a-i salva de propriile dorințe de moarte, fantasmă agresive etc. Prin contrast cu suferința copilului datorată separției, care este ușurată prin reuniunea cu părinții, în conflictele de ambivalență reuniunea cu părinții acționează mai degrabă ca un paleativ; aici, doar insightul analitic asupra conflictului dintre sentimente va vindeca simptomul.

Pe scurt, gândirea în termeni descriptivi, oricât de folositoare poate fi în propriul teritoriu, devine dezastruoasă atunci când este luată ca un punct de început pentru inferențele analitice.

## TERMINOLOGIA STATICĂ *VERSUS* CEA DE DEZVOLTARE

De vreme ce termenii diagnostici, așa cum sunt ei folosiți în prezent, au fost creați având în minte tulburările sociale și psihice ale adulților, ei neglijează în mod inevitabil problemele de vârstă sau stadiu de dezvoltare și nu sunt suficienți pentru a face diferențele între simptomele care sunt cauzate de întârziere sau eșec în a atinge și desăvârși anumite trăsături ale personalității și simptomele care sunt cauzate de prăbușiri ale funcțiilor sau transgresări ale lor. Pe de altă parte, pentru evaluarea copilului, astfel de diferențieri sunt vitale. Forme de comportament cum sunt mințitul și furatul, atitudinile agresive și distructive, activitățile perverse, etc., nu pot fi adecvat potrivite în nici o schemă de normalitate sau patologie fără a avea în fundal un orar destul de clar al stadiilor de dezvoltare.

### *Mințitul*

La ce vârstă și la ce stadiu de dezvoltare, de exemplu, falsificarea adevărului începe să merite numele de *mințit*, adică din ce moment aceasta își asumă importanța unui simptom cu iz distinct de deviație de la norma socială? În mod evident, înainte ca aceasta să se întâmple, trebuie depășite o serie de stadii premergătoare de dezvoltare în timpul cărora sinceritatea nu este eșeptată de la copil. Pentru bebeluș, este normal să întoarcă spatele impresiilor dureroase în favoarea celor plăcute, să le minimizeze importanța și chiar să le ignore saună *nege* în caz că acestea persistă. Există similitudini între această atitudine, care este un mecanism primar de apărare îndreptat împotriva provocării neplăcerii, și distorsionarea faptelor obiective în cazul copilului mai mare sau al adultului. Dar rămâne o chestiune de opinie în ce mod sunt legate cele două forme de comportament una de cealaltă și dacă prima dintre ele ar trebui privită de mintea diagnosticianului cu expectații ale unor evoluții ulterioare. Trăirea în fantasmă și dominația principiului plăcerii — pe scurt, procesul primar de funcționare psihică — sunt forțele care militează în copilul mic, împotriva adevărului, în sensul adult al termenului. Analistul de copii trebuie să se decidă de unde să folosească termenul de mințit în enunțările diagnosticului său și trebuie să bazeze decizia sa în această privință pe noțiuni clar delimitate privitoare la cronologia pașilor în dezvoltarea Eului a pașilor, așa cum ar fi: tranziția

de la procesul primar la cel secundar, capacitatea de a diferenția între lumea interioară și cea exterioară, testarea realității etc.

Anumiți copii au nevoie de mai mult timp decât alții pentru a perfecționa aceste funcții ale Eului și continuă, prin urmare, să spună minciuni „cu cea mai mare dezinvoltură“. Alții își încheie această dezvoltare în mod normal, dar revin la nivelele mai timpurii atunci când sunt confrunțați cu frustrări și dezamăgiri excesive în contextul circumstanțelor lor de viață; ei devin așa numiți mincinoși fanteziști (*pseudologia phantastica*) care fac față realităților intolerabile prin mijloacele regresiei la forme infantile de trăire în fantasmă. În cele din urmă, există copii care sunt avansați în dezvoltarea Eului, dar care au alte motive decât cele de dezvoltare pentru a evita și distorsiona adevărul. Moitvele lor sunt legate de câștigarea unui avantaj material, teama de autoritate, scăparea de critică sau pedeapsă, dorințe de exagerare etc. În evaluările analistului de copii, termenul de mințit este rezervat cu precădere pentru aceste ultime situații, așa numitul mințit delicvent.

În multe dintre cazurile propriu-zise ce pot fi găsite într-o clinică de copii, etiologia constă într-o combinație a tuturor celor trei forme, adică minciuna nevinovată, minciuna fantastică și cea delicventă, cu formele mai timpurii în dezvoltare ce acționează ca pre-condiții ale celor mai târzii. Faptul că un asemenea amestec este obișnuit și frecvent, nu îl absolvă pe analistul de copii de la datoria de a descâlci amestecul și de a aprecia în ce grad contribuie fiecare dintre factori la rezultatul simptomatic final.

### *Furatul*

Există considerații foarte asemănătoare care guvernează și folosirea cuvântului *furat*, un termen care este legitim în evaluarea diagnostică numai după ce conceptul proprietății private a primit semnificație în mintea copilului. Aici trebuie urmărită, de asemenea, o succesiune a pașilor de dezvoltare, cărora le-a fost acordată până acum puțină atenție din partea autorilor analiști.

Atitudinea care îi face pe copiii mici să apuce tot ceea ce doresc este în mod obișnuit atribuită „lăcomiei lor orale“, insașiabile care, la acest stadiu timpuriu, nu este limitată de nici o barieră a Eului. Mult mai clar descris, aceasta are două rădăcini, una de partea Sinelui și

cealaltă de partea Eului. Pe de altă parte, pur și simplu funcționarea familiară conform cu principiul plăcerii este cea care îndeamnă Eul imatur să-și subscrie lui însuși tot ceea ce este plăcut, în timp ce respinge neplăcutul ca pe o chestiune străină. Pe de altă parte, cea care determină răspunsul este o lipsă adecvată vârstei, și anume aceea a distincției între Self și obiect. Este binecunoscut că, la acest stadiu timpuriu, un copil poate mânui sau băga în gură părți ale corpului mamei ca și cum ar fi ale lui însuși, adică se joacă autoerotic cu ele (degetele mamei, părul etc.); sau îi poate împrumuta părți din corpul său pentru a se juca cu ele (degetele sale în gura ei); sau se poate hrăni cu lingura alternativ pe el și pe ea. Astfel de acțiuni sunt adesea greșit înțelese ca dovadă a unei generozități timpurii și spontane a bebelușilor, în loc să fie luată drept ceea ce este, și anume consecința neformării unor granițe ale Eului. Tocmai această fuziune nediscriminativă cu lumea obiectală este cea care transformă fiecare copil într-o amenințare formidabilă, deși inocentă, a dreptului de proprietate al celorlalți oameni.

Ideile de „al meu” și „nu al meu”<sup>1</sup>, care sunt concepte indispensabile pentru stabilirea „onestității” la adult, se dezvoltă foarte gradat, ținând pasul cu evoluția gradată a bebelușului spre atingerea statutului de individ.

Ele se aplică probabil mai întâi propriului corp al copilului, apoi părinților, apoi obiectelor tranziționale, toate fiind investite atât narcisic, cât și ca obiect de iubire. Suficient de semnificativ este și faptul că imediat ce conceptul de „al meu” irupe în mintea copilului, el începe să-și păzească posesiunile cu violență și gelozie împotriva oricărui amestec. Noțiunea de „a fi deprivat de” sau „furat” este înțeleasă de către el cu mult înaintea opusului ei, și anume a celei că proprietatea altor oameni trebuie respectată. Înainte ca ultima să devină semnificativă, copilul trebuie să-și extindă și să-și intensifice relațiile sale cu semenii și să învețe să fie empatic cu atașamentul acestora față de proprietatea lor.

Oricare ar fi rata de progres în acest sens, astfel de concepte ca „al meu” și „al tău” au o mică influență asupra comportamentului copilului, atâta timp cât se confruntă cu dorințe foarte puternice de improprietărire. Lăcomia orală, posesivitatea anală, nevoia urgentă de a aduna și pune deoparte, nevoia copleșitoare de simboluri falice, toate ar transforma copiii mici în potențiali hoți, dacă coerciția educațională, cerințele Supraeului și, cu acestea, alunecările gradate spre echilibrul

Sine-Eu, n-ar lucra în direcția opusă, și anume spre dezvoltarea onestității.

Luând în considerare aceste aprecieri, diagnosticianul trebuie să clarifice un număr de puncte, înainte de a subscrie un anumit caz de furt unei categorii sau alteia. El trebuie să se întrebe dacă actul este datorat unei creșteri incomplete sau blocate a statutului individual, relațiilor de obiect, empatiei, formării Supraeului (furtul la copii înapoiați sau cu deficiență); sau, în cazurile în care dezvoltarea inițială este intactă, dacă au avut loc regresii în oricare dintre aceste zone vitale (furtul ca simptom tranzitoriu legat de fază); sau, dacă copilul este regresat de permanență într-unul sau altul dintre aspectele relevante, furtul fiind rezultatul unei formațiuni de compromis (simptom nevrotic); sau, în cele din urmă, dacă motivul constă exclusiv într-un control insuficient al Eului față de dorințe normale, neregresate, de posesiune, cum ar fi în cazul adaptării sociale deficiente (simptom delicvent).

La fel ca și cu mințitul, multe dintre incidentele clinice actuale ale furatului au etiologie mixtă, adică ele sunt cauzate de combinații de opriri, regresie și slăbiciune a controlului Eului. Faptul că toți micii delicvenți își încep furturile cu furatul din poșeta mamei, indică gradul în care furatul își are rădăcinile în unicitatea inițială a lui „al meu” și al lui „al tău”, a Selfului și a obiectului.

## CRITERII DE EVALUARE A SEVERITĂȚII BOLII

Analistul de copii se găsește în dificultate când trece la estimarea gravității tulburării unui copil, prin mijloacele criteriilor care sunt în mod obișnuit folosite cu adulții, și anume, o urmărire a simptomelor existente, o evaluare a suferinței cauzate de ele și a interferenței rezultate cu funcțiile importante. Nici una dintre acestea nu este validă fără modificări aprofundate pentru lucrul cu copiii.

Mai presus de orice, *formarea de simptom* în copilărie nu are în mod neapărat aceeași semnificație pe care o are în viața adultă unde „simptomele tipice... ne oferă legăturile când punem diagnosticul” (S. Freud, 1916-1917, p. 271). Multe dintre inhibițiile, simptomele și angoasele copilului sunt produse nu prin procese care sunt cu adevărat patologice, ci, așa cum se va vedea mai târziu, prin dificultăți și

<sup>1</sup> În original: „mine and not mine”. (N. t.)



constrângeri care sunt inerente dezvoltării înseși. Asemenea inhibiții și simptome apar în mod obișnuit atunci când o fază particulară de creștere produce cereri neobișnuit de înalte asupra personalității copilului și, dacă între timp nu sunt neinspirat mânuite de părinți, ele pot dispărea imediat ce a fost obținută adaptarea la nivelul de dezvoltare sau când punctul critic al acestuia a fost depășit. Este adevărat, desigur, că o manifestare a dificultății trădează vulnerabilitatea copilului; că, adeseori, așa numita vindecare spontană pregătește mai degrabă drumul spre un nou set de tulburări care apar la următorul nivel; de asemenea, că ele nu dispar fără să lase o slăbiciune în una sau în alta dintre zonele care vor deveni semnificative pentru formarea de simptom în viața adultă. Dar nu este deloc rar, chiar pentru simptomele complet stabilite cum ar fi evitățile fobice, precauțiile obsesionale, dificultățile de hrănire și de somn, să pălească între momentul referirii și cel al investigării unui caz, pur și simplu pentru că angoasele pe care sunt bazate au devenit insignifiante în comparație cu amenințarea reprezentată de investigarea clinică. Pentru același motiv, înainte și în timpul tratamentului, este posibil să survină re-aranjări ale simptomatologiei manifeste dintr-o dată, ceea ce înseamnă că, la copii, ameliorarea în timpul terapiei înseamnă chiar mai puțin decât înseamnă la adulți.

Prin toate acestea, simptomatologia indivizilor imaturi este mult prea instabilă pentru a ne putea baza pe ea în evaluare.

Momentul în care adulții apreciază că au nevoie de tratament și decid să îl urmeze este în mod obișnuit determinat de intensitatea suferinței pe care le-o cauzează tulburările. La copii, în orice caz, factorul suferinței psihice în sine nu este un indicator sigur al prezenței sau absenței proceselor patologice sau a severității acestora. Cunoaștem de mult faptul că, în cazul copiilor, aceștia suferă mai puțin decât adulții din cauza simptomelor lor, probabil cu singura excepție a acceselor de angoasă, pe care ei le resimt în mod acut. Multe alte manifestări patologice, în mod notabil cele fobice și obsesionale, servesc cu succes la evitarea durerii și neplăcerii, mai degrabă decât la cauzarea acestora, în timp ce restricțiile și interferențele cu viața obișnuită sunt resimțite de familie, și nu ca în cazul adultului, de el însuși.

Capriciile alimentare, restricțiile nevrotice ale aportului alimentar, tulburările de somn, agățatul, crizele de nervi o supără pe mamă, dar sunt considerate ego-sintonice de către copil, atâta timp cât pot fi exprimate liber; acolo unde părinții intervin, atitudinea lor restrictivă,

și nu simptomul, este cea care este reclamată de către copil ca fiind cauzatoare de supărare. Chiar enurezisul și encomprezisul sunt frecvent ignorate, iar natura lor perturbatoare și umilitoare este negată de către copilul afectat. Inhibițiilor nevrotice li se face adesea față printr-o retragere totală a interesului din zona respectivă, adică prin restrângerea Eului și, în consecință, prin indiferență față de pierderea bucuriilor cauzate de ele. Copiii cei mai serios afectați, cum ar fi aceia cu deficite psihice sau morale, retard, autism sau psihoze infantile sunt complet ignorați față de bolile lor, cauzând un disconfort maxim, bineînțeles, părinților.

Există și un alt motiv pentru care prezența suferinței în sine nu este un indicator pe care să te poți baza pentru evaluarea bolii psihice. Copiii suferă mai puțin decât adulții de psihopatologia lor, dar suferă mai mult decât adulții din cauza altor stresuri la care sunt expuși. Într-un contrast deplin cu credințele convenționale de mai demult, este acum bine știut că suferința psihică este un subprodus inevitabil al dependenței copilului și al proceselor normale de dezvoltare. Copiii mici suferă în mod acut de orice întârzieri, raționalizări și frustrări care sunt impuse nevoilor lor corporale și derivatelor pulsionale; ei suferă datorită separărilor de obiectele lor timpurii de iubire, indiferent care ar fi motivul pentru care se întâmplă acestea; datorită dezamăgirilor reale sau imaginare pe care la trăiesc. Suferința intensă este cauzată, bineînțeles, de gelozii și rivalități care sunt inseparabile de experiențele din interiorul complexului oedipian; sau datorită angoaselor inevitabil trezite în legătură cu complexul de castrare etc. Chiar și copilul cel mai normal se poate simți profund nefericit dintr-un motiv sau altul, pentru perioade de timp mai lungi sau mai scurte aproape în fiecare zi. Aceasta este o reacție legitimă acolo unde emoțiile copilului și aprecierea sa sensibilă a impresiilor și evenimentelor externe s-a dezvoltat în mod adecvat. În contrast cu ceea ce ne așteptăm să întâlnim la adulți, copilul resemnat și supus este cel care va ridica suspiciuni cum că anumite procese anormale ar funcționa în el. Experiențele clinice arată că acei copii care sunt prea „buni“, adică aceia care acceptă fără protest chiar și cele mai nefavorabile condiții externe, trebuie că fac așa pentru că sunt afectați organic, deficienți în dezvoltarea Eului, sau extrem de pasivi în registrul pulsionilor lor. Copiii care se despart prea ușor de părinții lor pot face așa fie pentru că au eșuat în formarea unor relații normale, fie că au motive interne sau externe pentru aceasta. A nu simți supărare și angoasă când se află sub amenințarea pierderii iubirii

nu este un semn de sănătate și tărie la un copil; dimpotrivă, aceasta este adeseori primul indiciu al retragerii autiste de la lumea obiectală. În copilăria mai târzie, de asemenea, vinovăția și conflictele interne, cu suferința ce rezultă din ele, apar în mod legitim și sunt semne indispensabile ale creșterii progresive normale. Acolo unde lipsesc, suspectăm întârzieri serioase în procesele de identificare, internalizare și introiecție, adică în structurarea personalității. Nu reprezintă o compensare faptul de a descoperi că asemenea defecte sunt însoțite de o diminuare a suferinței interne.

În mod evident, trebuie să ne obișnuim cu situația paradoxală că acea corespondență între patologie și suferință, pe de o parte, normalitate și calm, pe de altă parte, așa cum se prezintă ea la adulți, la copii este inversată.

Pur și simplu repet un punct de vedere, pe care l-am accentuat anterior (1945), atunci când avertizam analiștii să nu-și bazeze nici una dintre evaluările copiilor pe gradul de *afectare a funcției*, în ciuda faptului că acesta este unul dintre cele mai revelatoare criterii pentru patologia adultului. Nu există în copilărie un nivel stabil de funcționare, în vreo zonă sau în vreun moment; asta înseamnă că nu există puncte fixe de la care să pornim în evaluarea noastră. După cum a fost descris mai sus, în legătură cu manifestările regresiei, nivelul de performanță al copilului fluctuează neîncetat. Datorită alunecărilor în dezvoltare și schimbărilor în intensitatea presiunii interne și externe, pozițiile optime sunt în mod repetat câștigate, pierdute și restabilite. Asemenea alternări între progres și regresie sunt normale și consecințele lor sunt temporare, chiar dacă pierderile rezultate în achiziționare și eficiență pot, ocazional, da observatorului sentimentul că sunt prevestitoare de rele. În ansamblu, este o afirmație corectă aceea că ar trebui să li se accepte copiilor de toate vârstele ca în anumite momente să funcționeze sub nivelul potențialităților lor, fără a fi imediat etichetați ca „înapoiți”, „regresați” sau „inhibati”.

Diagnosticianul de copii poate găsi ca fiind ușor să se conformeze acestei cereri, din moment ce este discutabil care zonă din activitatea copilului ar trebui să fie particularizată ca semnificativă din acest punct de vedere. Jocul, libertatea vieții fantasmice, performanța școlară, stabilitatea relațiilor de obiect, adaptarea socială, despre toate s-a sugerat pe rând că sunt aspecte vitale.

În orice caz, nici una dintre ele nu se poate califica la egalitate cu

cele două funcțiuni vitale principale la adult: capacitatea sa de a desfășura o viață erotică și sexuală normală și capacitatea sa de a munci. După cum s-a mai sugerat înainte (1945), există un singur factor în copilărie a cărui afectare poate fi considerată de egală importanță, și anume capacitatea copilului de a face pași progresivi înainte, până la finalizarea maturizării, dezvoltării în toate ariile personalității și adaptării la comunitatea socială. Suferința psihică poate fi luată ca un fapt curent atâta vreme cât aceste procese vitale sunt păstrate intacte. Ea trebuie luată însă în serios, imediat ce dezvoltarea însăși este afectată, fie prin încetinire, returnare sau aducerea ei la un blocaj.

#### EVALUAREA ÎN FUNCȚIE DE DEZVOLTARE ȘI IMPLICAȚIILE ACESTEIA

Este evident, în lumina celor precizate, că analiștii de copii trebuie să se elibereze de toate acele categorii diagnostice care sunt rigide, statice, descriptive, sau, pentru un alt motiv, străine domeniului lor de lucru. Numai după ce vor fi făcut aceasta, vor fi capabili să privească tablourile clinice din fața lor cu alți ochi și să le evalueze conform cu semnificația lor pentru procesul dezvoltării. Aceasta implică redirectionarea atenției de la simptomatologia pacientului către poziția sa pe o scară a dezvoltării, cu referire la dezvoltarea pulsionilor Eului și Supraeului, la structurarea personalității (limite stabile între Sine, Eu și Supraeu) și la modurile de funcționare (progresul de la procesul primar la cel secundar al gândirii, de la principiul plăcerii la principiul realității) etc. Aceasta implică faptul ca ei să se întrebe dacă copilul care este examinat a atins nivelele de dezvoltare care sunt adecvate pentru vârsta sa, dacă și în ce aspecte el le-a depășit sau a rămas în urma acestora; dacă maturizarea și dezvoltarea sunt procese aflate în desfășurare, sau în ce grad acestea sunt afectate ca rezultat al tulburării copilului; dacă au intervenit regresii sau blocaje și, în acest caz, la ce profunzimi și la ce nivel.

Pentru a găsi răspunsuri la astfel de întrebări este nevoie de o schemă a normelor medii de dezvoltare, pentru toate aspectele personalității, la fel ca cea care s-a încercat a fi introdusă în capitolul precedent. Cu cât această schemă devine mai completă, cu atât mai cu succes va putea fi evaluat fiecare pacient în raport cu aceasta, cu referire la uniformitatea

sau neuniformitatea ratei sale de progresie, armonia sau dizarmonia între liniile sale de dezvoltare și temporaritatea sau permanența regresiei sale.

### *Progresul inegal al pulsionilor și al Eului*

Sunt de așteptat consecințe patologice în cazurile în care dezvoltarea avansează cu viteze diferite, în diferitele arii ale personalității. Una dintre aceste situații, cu care suntem familiarizați, formează o parte a etiologiei nevrozei obsesionale, unde dezvoltarea Eului și a Supraeului sunt accelerate, în timp ce dezvoltarea pulsională este încetinită sau, cel puțin, este lentă în comparație cu primele. Incompatibilitatea între cerințele relativ crescute morale și estetice ale Supraeului și derivatele pulsionale și fantezmele relativ brute, conduce la conflict intern la care este pusă în mișcare ca răspuns, activitatea defensivă obsesională<sup>1</sup>. Un alt motiv pentru formarea simptomului obsesional, și anume regresia pulsională unilaterală, va fi discutat mai târziu.

Eventualitatea opusă, și anume o încetinire a dezvoltării Eului și Supraeului cuplată cu un progres normal sau exagerat al pulsionilor, survine cel puțin la fel de frecvent, dacă nu chiar mai frecvent, în populația clinică actuală, și este în parte responsabilă pentru multe dintre tablourile clinice atipice, manifestări limitrofe etc. Atunci când Eul și Supraeul sunt imature în comparație cu nivelele activității pulsionale, nici relaționarea emoțională adecvată cu obiectul și nici normele sociale și morale suficient de puternice nu vor fi disponibile pentru a lega și controla componentele pulsionale pregenitale și agresive. În evoluția lor sexuală, astfel de copii ating nivelul sadic-anal fără a avea suficientă maturitate a Eului pentru a converti și neutraliza tendințele pregenitale ce aparțin acestei faze, în contribuții valoroase la formarea caracterului, adică în formațiunile reacționale și sublimările care le corespund. Sau, ei ating nivelul falic fără să fi dezvoltat simultan relații obiectale determinate de Eu, care, în mod normal, vor organiza, în alte condiții, dezarticulatele tendințe falice în tabloul coerent al complexului oedipian. Sau, ei ating maturitatea fizică în adolescență, înainte ca Eul să fie pregătit pentru relația emoțională genitală, ce va da înțeles psihic actului sexual etc.

<sup>1</sup> Vezi S. Freud (1913, p. 325): „...sugerez că posibilitatea ca o depășire cronologică a dezvoltării libidoului de către dezvoltarea Eului ar trebui să fie inclusă în predispoziția la nevroza obsesională.”

Pe scurt, în timp ce dezvoltarea accelerată a Eului conduce la o creștere a conflictelor, la formarea de simptome nevrotice și la caracterul obsesional, dezvoltarea pulsională accelerată produce lipsă de control în probleme de sexualitate și agresiune, integrare insuficientă a personalității și personalități impulsive (Michaels, 1955).

### *Dizarmonia între liniile de dezvoltare*

După cum am indicat mai sus, nu ne așteptăm ca copiii să prezinte un model foarte regulat în creșterea lor și suntem pregătiți să facem concesii dacă achizițiile lor sunt mai avansate într-una dintre ariile vieții decât în celelalte. Dizarmonia între liniile de dezvoltare devine un agent patogen doar dacă dezechilibrul în personalitate este excesiv.

Dacă acestea se întâmplă, copiii sunt trimiși la un serviciu de diagnostic, de obicei cu un lung șir de plângeri de acasă și de la școală. Ei reprezintă „probleme”, ei sunt pe atât de tulburați în interior, pe cât îi perturbă și pe ceilalți. Ei nu acceptă standardele comunității și, în consecință, nu se potrivesc în nici un fel de viață în comunitate.

Investigația clinică confirmă faptul că ei nu se potrivesc, de altfel, nici în etichetele diagnostice folosite uzual. Un mod posibil de a ne apropia de înțelegerea anormalității lor este cel de a folosi stadiile de pe diferitele linii de dezvoltare ca pe scale aproximative de măsurare.

Dacă facem așa, aflăm că nivelele achiziționate sunt cu totul disproporționate între ele. Cele mai instructive exemple printre ei sunt copiii cu coeficienți de inteligență verbală deosebit de înalți cuplați, nu numai cum se întâmplă în mod obișnuit, cu nivele de performanță extrem de mici (ridicând suspiciunea unor tulburări organice), ci și cu înapoieri extreme pe liniile spre maturitatea emoțională, spre relaționare, spre gestionarea corpului. Distorsiunile comportamentale rezultante sunt alarmante în special în zone cum sunt trecerea la act a tendințelor sexuale și agresive, abundența vieții fantezmate organizate, raționalizările inteligente ale atitudinilor delictive și lipsa de control asupra tendințelor anale și uretrale. În modul obișnuit, asemenea cazuri sunt clasificate ca „borderline” sau „prepsihotice”.

O altă combinație deloc rară este incapacitatea copilului de a atinge stadiile finale pe linia de la joc la muncă, în timp ce dezvoltarea emoțională și socială, gestionarea corpului etc., sunt intacte și, în privința acestora din urmă, funcțiile copilului sunt la un nivel adecvat vârstei.

Astfel de copii sunt recomandați clinicilor drept eșecuri școlare, în pofida inteligenței lor ridicate. În examinarea diagnostică obișnuită, nu este ușor să se precizeze pașii în interacțiunea Sine-Eu, în achiziția cărora ei au eșuat, dacă nu căutăm între aceștia pe cei ce sunt esențiali pentru atitudinea corectă față de muncă, cum sunt controlul și modificarea componentelor pulsionale pregenitale, funcționarea în conformitate cu principiul realității și plăcerea din rezultatele ultime ale activității. Uneori toate acestea, alteori doar unele sau altele, lipsesc. Descriptiv, copiii în discuție sunt clasificați de obicei ca „lipsindu-le concentrarea”, ca având o „îngustime a atenției”, ca „inhibiți”.

### *Regresii permanente și consecințele lor*

După cum am discutat înainte (în capitoul 3), regresiiile încetează să mai fie un factor benefic în dezvoltare dacă rezultatele lor devin permanente, în loc să fie reversibile în mod spontan. În acest caz, diversele instanțe din interiorul structurii (Sinele, Eul și Supraeul) trebuie să ajungă la noi înțelegeri una cu cealaltă pe baza daunei ce a fost făcută de regresie. Aceste post-efecte ale regresiei sunt cele care au cele mai dăunătoare repercusiuni asupra personalității și care trebuie considerate ca patogene prin rolul lor.

Regresiiile permanente, spre deosebire de cele temporare, își pot avea punctul de început în oricare zonă a presonalității.

Una dintre posibilități este aceea ca mișcările regresive să înceapă în *Eu și Supraeu* și să le reducă pe ambele la un nivel mai scăzut de funcționare și astfel, secundar, dauna se răspândește de acolo la derivatele *Sinelui*. Eul și Supraeul, dacă sunt regresate, au o putere de control mai mică și acest fapt devine manifest printr-o slăbire a „cenzurii”, adică în linia ce divide între Sine și Eu și în eficiența generală a apărărilor Eului. Rezultatele sunt comportamentul impulsiv, izbucnirea afectelor și tendințelor agresive, încălcări frecvente ale controlului *Sinelui* și irupții ale elementelor iraționale în conștiința și comportamentul la început rațional al copilului. Pentru părinți, acestea sunt dezvoltări alarmante care schimbă caracterul copilului până la nrecunoaștere, fără vreun motiv aparent. În investigarea clinică, deteriorarea care a survenit poate fi într-un fel urmărită înapoi, la o situație de suprasolicitare în care Eul și Supraeul au fost subiecte ale unor întâmplări cum ar fi șocul traumatic, angoasa indusă de evenimente

interne sau externe, separații, dezamăgiri severe în privința obiectelor iubirii copilului, deziluzionare severă din partea obiectelor sale de identificare etc. (Jacobson, 1946).

Cealaltă posibilitate este aceea ca regresia să înceapă dinspre *derivatele Sinelui* și ca de acolo influența sa patogenă să se răspândească și în direcția opusă. În acest caz, Eul și Supraeul sunt afectate într-unul sau două moduri, depinzând dacă ele trec cu vederea activitatea pulsională diminuată, sau dacă obiectează.

În entitățile clinice care aparțin *primei situații*, Eul și Supraeul se predau atragerii regresive exercitate de întâmplările proprii pulsionilor și reacționează prin regresia lor însele, reprezentată de o scădere a standardelor și cerințelor acestora. În acest fel, conflictul intern între Sine și Eu este evitat, iar pulsionile rămân *ego-sintonice*. Pe de altă parte, personalitatea copilului în întregul său este afectată în acest mod și întregul său nivel de maturitate este redus, circumstanță care conduce la multe forme derutante de comportament infantil delicvent, atipic și de limită. În detaliul clinic, tulburarea rezultantă depinde de intensitatea mișcărilor regresive de ambele părți, de componentele pulsionale particulare sau de funcțiile Eului și Supraeului ce sunt afectate și, în final, de noile interacțiuni dintre Sine și Eu aflate la nivelul la care regresia s-a oprit.

Datorită slăbiciunii și imaturității relative a Eului infantil, o astfel de răspândire a regresiei în ambele părți ale personalității este mult mai mult o caracteristică a copilăriei, decât poate fi întâlnită la adulți, deși nu este cu totul absentă în ultimul caz.

Cea de-a doua situație se referă la acei copii al căror Eu și Supraeu sunt mai bine organizate încă de la o vârstă mai timpurie și care sunt capabili să facă față mai bine activității pulsionale regresate. În multe aspecte, funcțiile acestora au atins ceea ce împreună cu Hartmann (1950b) numim autonomia secundară a Eului, adică o măsură a independenței față de întâmplările din Sine. În loc să treacă cu vederea fantasmelor și impulsurile brute, sexuale și agresive, care apar în conștiință după ce energia pulsională a regresat la punctele de fixație, acești copii sunt înspăimântați de acestea, le resping cu angoasă și, sub presiunea angoasei, recurg inițial la diferite mecanisme de apărare pentru ca, în cazul în care acestea suferă un eșec, să recurgă la compromis și formare de simptom. Pe scurt, ei dezvoltă conflictele interne care conduc la tablourile familiare ale diferitelor nevroze infan-

tile. Isteriile de angoasă, fobiile, pavorul nocturn, obsesiile, ritualurile, ceremonialurile de culcare, inhibițiile, nevrozele caracteriale, aparțin acestei categorii.

Diferența dintre regresia pulsională ego-sintonică și cea ego-distonică este ilustrată cel mai bine prin referire la regresia de la faza falică la cea sadic-anală, așa cum apare ea la băieți prin intervenția angoaselor de castrare provocate de evenimentele din complexul oedipian.

Copiii la care regresia Eului și a Supraeului urmează îndeaproape regresia pulsională, devin la acest moment mai murdari sau mai agresivi, sau mai agățători-posesivi, sau mai pasivi-feminini în comportament, sau expun o combinație a acestor variate atribute ce sunt implicate în sexualitatea fazei anale. Pentru aceștia, caracteristica este aceea că nu sunt deranjați de a recădea în atitudini pe care le depășiseră cu succes la un moment anterior.

Ceilalți copii, ale căror instanțe ale Eului sunt suficient de puternice pentru a rezista regresiei și care reacționează cu tipica angoasă, vină și activitate defensivă, nu vor dezvolta aceleași simptome nevrotice sau trăsături de caracter în fiecare caz, ci o varietate de simptome în concordanță cu elementele pulsionale specifice la care ei obiectează cel mai intens. Acolo unde tendințele murdare, sadice sau pasive sunt respinse de către Eu și Supraeu cu intensitate egală, apărarea este răspândită peste tot, iar simptomatologia este abundentă. Dacă numai una sau alta este selectată, simptomele se vor restrânge doar la curățenie excesivă, temeri legate de poluare, compulsie la spălare sau la inhibiție a activității și competiției, teamă de a fi transformat în femeie sau la răbufniri compensatorii de masculinitate agresivă etc. În oricare dintre cazuri, rezultatul este inconfundabil, *nevrotic*, fie el în forma simptomelor obsesionale izolate, fie în începutul formării unui caracter obsesional.

Este adevărat că și în aceste cazuri Eul este în final afectat și el de regresie și devine mai infantil; dar acesta este un eveniment secundar datorat mecanismelor primitive de apărare cum ar fi negarea, gândirea magică, izolarea, anularea, care sunt aduse în ajutorul refuzărilor și formațiunilor reacționale mult mai adecvate vârstei. De altfel, această regresie este limitată la funcțiile Eului. În ceea ce privește nivelul și severitatea pretențiilor idealului Eului și ale Supraeului, nu există nici o mișcare regresivă; dimpotrivă Eul continuă să se supună la cele mai dureroase contorsiuni pentru a le îndeplini.

## EVALUAREA DUPĂ TIPUL DE ANGOASĂ ȘI DE CONFLICT

În cursul creșterii normale, fiecare copil face o serie de pași care conduc de la stadiul inițial, de relativă nediferențiere la structurarea completă finală a personalității într-un Sine, un Eu și un Supraeu. Diviziunea între Sine și Eu comportând moduri diferite de funcționare, scopuri și preocupări diferite, va fi urmată de o diviziune în interiorul Eului, ca urmare a căreia, rolul de a ghida și critica gândurile și acțiunile Eului este atribuit Supraeului, Idealului Eului și Selfului ideal. Poziția exactă a copilului pe această linie de dezvoltare și afectarea sau neafectarea creșterii în această privință se revelează diagnosticianului prin două tipuri de semne manifeste: după tipul conflictelor copilului și după tipul prevalent al angoaselor acestuia.

Cu privire la conflict, există trei posibilități principale. Prima este aceea în care copilul se află în conflict de interese cu mediul său. Aceasta se întâmplă ori de câte ori Eul copilului, sub influența dictatelor principiului plăcerii, ia partea Sinelui în urmărirea satisfacerii nevoii, pulsunii și dorinței, iar controlul derivatelor Sinelui este lăsat lumii externe. Aceasta este o stare de lucruri legitimă în copilăria timpurie, înainte ca Eul și Sinele să se fi îndepărtat suficient unul de celălalt, dar este considerată „infantilă” dacă persistă la o vârstă mai mare sau dacă copilul regresează la aceasta. Angloasele coordonate cu această stare și caracteristice diagnostic acesteia, sunt provocate de lumea externă și iau forme diferite, conform unei secvențe cronologice, ce se desfășoară după cum urmează: teama de anihilare datorată pierderii obiectului care îngrijește (adică anxietatea de separare în perioada unității biologice cu mama); teama de pierdere a iubirii obiectului (după stabilirea constanței obiectului); teama de critică și pedeapsă din partea obiectului (în timpul fazei sadic-anale, moment în care această teamă este reîntărită prin proiecția propriei agresivități a copilului); teama de castrare (în perioada falic-oedipiană).

Al doilea tip de conflict poate lua ființă după identificarea cu puterile externe și după introiectarea autorității acestora în Supraeu. Motivele de discordie pot rămâne cele din cazul precedent, adică urmărirea satisfacerii pulsionale și a dorinței, dar neînțelegerile înseși survin acum în interior între Eu și Supraeu. În privința angoaselor, aceasta se revelează manifest prin teama de Supraeu, adică prin vină. Pentru diagnostician, apariția sentimentelor de vinovăție este semnul negreșit că s-a produs

acest pas important în structurare, și anume apariția unui Supraeu funcțional.

Pentru cel de-al treilea tip de conflict, este caracteristic faptul că condițiile externe nu au nici o influență asupra lui, nici direct, ca în primul tip, nici indirect, ca în cel de-al doilea tip. Conflictul de acest tip sunt derivate exclusiv din relațiile între Sine și Eu și din diferențele intrinseci între organizările lor. Reprezentantii pulsionali și afectele de calitate opusă, așa cum sunt iubirea și ura, activul și pasivul, tendințele masculine și cele feminine, trăiesc pașnic, unul lângă altul, în interiorul Sinelui, atâta vreme cât Eul este imatur. Dar acestea devin incompatibile una cu cealaltă și se transformă în surse de conflict imediat ce funcția sintetică a Eului în maturizare ajunge să le resimtă ca relevante. Pe de altă parte, orice creștere cantitativă în exigențelor pulsionilor este resimțită de către Eul imatur ca o amenințare la organizarea sa și devine o sursă a unor conflicte de acest fel. Aceste conflicte în întregime interne provoacă o mare cantitate de angoasă la copil; dar, prin opoziție cu frica și vina, această angoasă rămâne în profunzimi și este cel mai sigur să fie identificată abia în timpul analizei și nu la stadiul de diagnostic.

O clasificare a conflictelor în externe, internalizate și cu adevărat interne, ajută la gradarea, într-o anumită ordine de severitate, a acelor perturbări ale copilului care, în mod esențial, sunt bazate pe conflict. În ceea ce privește terapia, aceasta explică de asemenea de ce anumite cazuri sunt ameliorate de gestionarea condițiilor de mediu (acelea bazate pe conflict extern); de ce altele sunt accesibile doar intervenției interne, dar nu au nevoie de mai mult decât perioade medii de analiză (conflicte internalizate), în timp ce un anumit număr de copii au nevoie de tratament analitic de durată foarte lungă și de intensitate neobișnuită și vor prezenta analiștilor dificultăți excesive (conflicte cu adevărat interne) (vezi S. Freud, 1937).

## EVALUAREA ÎN FUNCȚIE DE CARACTERISTICILE GENERALE

De la analistul de copii, care are sarcina de a evalua semnificația unei tulburări prezente a unui copil, se așteaptă invariabil și câteva opinii privind șansele acestuia de sănătate sau boală psihică în viitor. Baza pentru aceste predicții se găsește nu doar în detaliile tulburării infan-

tile existente, ci și în anumite caracteristici generale ale personalității care joacă un rol esențial în menținerea echilibrului intern. Aceste caracteristici sunt o parte din constituția dată a individului, adică ele sunt ori înnăscute, ori achiziționate sub influența primelor experiențe ale bebelușului. Deoarece Eul este acela care trebuie să medieze în interiorul Sefului și între Self și mediu, aceste trăsături sunt în cea mai mare parte caracteristici ale Eului. Astfel de factori stabilizatori sunt înalta toleranță la frustrare, un înalt potențial de sublimare, căile eficiente de a face față angoasă și o exigență puternică de a încheia dezvoltarea.

### *Toleranța la frustrare și potențialul de sublimare*

Experiența ne arată că șansele unui copil de a rămâne sănătos psihic sunt strâns legate de reacția acestuia la neplăcerea produsă în momentul în care derivatele pulsionale rămân nesatisfăcute. Copiii diferă larg sub acest aspect, în aparență de la bun început. Unii resimt orice întârziere sau raționalizare a satisfacției drept intolerabilă și protestează împotriva acestora prin nefericire, supărare și nerăbdare. Ei insistă pe îndeplinirea neschimbată a dorinței originare și resping orice satisfacție substitutivă și orice compromis, din start. În mod obișnuit, aceasta se prezintă mai întâi în situațiile de hrănire, dar este dusă de acolo la stadiile mai târzii ca un răspuns obișnuit la orice contrazicere a dorințelor. În opoziție, alți copii se confruntă cu aceeași cantitate de frustrare, cu relativ calm, sau reduc în mod sistematic orice tensiune prin care trec, prin acceptarea gratificării substitutive. Acest răspuns este continuat în același fel, de la stadiile cele mai timpurii la cele mai târzii.

În mod evident, copiii din prima categorie sunt cei primejduți. Cantitățile nediminuate de tensiune și angoasă cărora Eurile lor trebuie să le facă față sunt păstrate sub o verificare foarte precară prin mijloacele apărărilor primitive cum ar fi negarea și proiecția, sau sunt lăsate să scape, periodic, sub forma unor crize de nervi haotice. De la aceste formațiuni, există o cale foarte scurtă până la patologie, adică până la producerea de simptome nevrotice, delivente sau perverse.

Copiii din a doua categorie rămân neperturbați în aceleași condiții sau găsesc ușurare în deplasarea și neutralizarea sănătoasă a energiei pulsionale, pe care ei o direcționează spre ținte disponibile, inhibate în raport cu scopul. Fără nici o îndoială capacitatea de a sublima, acționează ca un adevărat gardian al sănătății lor psihice.

## STĂPÂNIREA ANGOASEI

Există o diferență mică între copii în privința tipului de angoasă pe care îl trăiesc, din moment ce, după cum am menționat înainte, diferitele sale tipuri sunt subproduse invariabile ale stadiilor consecutive: de uniune biologică cu mama (angoasa de separare); de relaționare cu obiectul (frica de pierdere a iubirii); de complex oedipian (angoasa de castrare); de formare a Supraeului (vina). Nu prezența sau absența, calitatea, sau chiar cantitatea de angoasă sunt cele care să permită prognostice cum ar fi viitoarea sănătate sau boală psihică; ceea ce este semnificativ în această privință este doar abilitatea Eului de a trata cu angoasa. Aici, diferențele între un individ și altul sunt foarte importante și șansele de păstrare a echilibrului psihic variază corespunzător.

În circumstanțe egale, este mult mai probabil ca ei (copiii) să cadă victime tulburărilor nevrotice mai târziu dacă sunt incapabili să tolereze măcar cantități moderate de angoasă. În acest caz, ei trebuie să nege și să refuleze toate pericolele externe și interne care constituie potențiale surse de angoasă; sau să proiecteze pericolele interne în lumea externă, care devine astfel și mai înfricoșătoare; sau să se retragă în mod fobic din situațiile periculoase pentru a evita accesul de angoasă. Pe scurt, ei stabilesc un model pentru viața de mai târziu în care libertatea față de angoasa manifestă trebuie obținută cu orice preț și realizează acest lucru pe calea folosirii constante a atitudinilor defensive care favorizează rezultate patologice.

Copiii a căror perspectivă de sănătate psihică este mai bună sunt aceia care fac față aceluiași situații periculoase în mod activ, pe calea resurselor Eului, așa cum sunt înțelegerea intelectuală, raționamentul logic, contra-atacul agresiv, adică prin stăpânire decât prin retragere. Atâta timp cât ei pot face față unor mari cantități de angoasă în această manieră, ei se pot în consecință lipsi de activitatea defensivă excesivă, de formațiunile de compromis și de simptomatologie<sup>1</sup>.

Stăpânirea activă a angoasei a fost descrisă mai concret de O. Isakower în prezentarea sa verbală, despre un copil speriat care a spus cu invidie:

<sup>1</sup> Această stăpânire activă a angoasei nu trebuie confundată cu binecunoscutele tendințe contrafobice la copii. În prima, Eul tratează în mod direct și sănătos cu pericolul însuși, în timp ce în cea de-a doua Eul se apără în mod secundar de atitudinile fobice deja stabilite.

„Chiar și soldații au temeri; dar ei sunt norocoși, lor nu le pasă că le este frică.“

*Tendințe regresive versus tendințe progresive.*

În măsura în care există în toți copiii atât forțe regresive cât și forțe progresive ca elemente legitime de dezvoltare, raportul de putere între ele variază de la individ la individ. Există copii pentru care, de foarte timpuriu, fiecare nouă experiență emană promisiunea unei plăceri, chiar dacă este vorba despre noi gusturi și consistențe ale mâncării; noi pași de la dependență spre independență în motilitate; plecări de lângă mamă pentru noi aventuri, jucării, tovarăși de joacă; mersul de-acasă la grădiniță, la școală etc. Viețile lor sunt dominate de dorințele de a fi „mare“, de „a face ce fac cei mari“ și împlinirile normale parțiale ale unor asemenea dorințe îi compensează pentru dificultățile, frustrările și dezamăgirile obișnuite, întâlnite în drum. Copiii de tipul opus trăiesc creșterea de la fiecare nivel, mai presus decât orice, ca deprivare de formele anterioare de gratificare. Ei nu se întăresc atunci când acest pas este adecvat vârstei, ci se agață de sân sau biberon și transformă faptul de a fi înțărcaț într-un eveniment traumatic; le este frică de consecințele faptului de a crește mari, de ale aventurării în afară, de a întâlni străini și, mai târziu, de a-și asuma responsabilități etc.

Diferențierea clinică între cele două tipuri este cel mai bine făcută prin observarea reacțiilor copiilor în anumite experiențe de viață mai solicitante, așa cum ar fi boala somatică, nașterea unui frățior etc. Acolo unde tendințele progresive le depășesc pe cele regresive, copilul răspunde la perioade prelungite de boală prin maturizarea Eului său, sau răspunde la nașterea unui bebeluș în familie, reclamând statutul și privilegiile de frate sau soră „mai mare“. Acolo unde regresia este mai puternică decât progresul, boala organică face copilul mai infantil, iar nașterea unui frățior devine un motiv pentru copilul mai mare de a renunța la achizițiile sale și de a-și dori pentru el însuși statutul de bebeluș.

Această preponderență, fie a tendințelor progresive, fie a celor regresive ca o caracteristică generală a personalității, influențează menținerea unei sănătăți psihice și, în consecință, are valoare prognostică. Copiii din prima categorie sunt ajutați să se angajeze în maturizare, adaptare și dezvoltare prin câștigurile de plăcere pe care le experimentează pe

drumul lor. Copiii din ultima categorie sunt mult mai expuși opririlor în punctele de tranziție dintre nivelele de dezvoltare, mult mai predispuși la stabilirea de puncte de fixație, la a avea prăbușiri ale echilibrului și la a face apel la formarea de simptom.

## UN PROFIL METAPSIHOLOGIC AL COPILULUI

Investigația din timpul procesului de evaluare produce o masă de informații constituită din date de valori diferite și referindu-se la diferite zone și straturi ale personalității copilului: elemente organice și psihice, de mediu, înăscute și istorice; evenimente traumatice și benefice; dezvoltare, comportament și achiziții, trecute și prezente; succese și eșecuri; apărări și simptomatologie etc. Deși toate datele care sunt obținute merită o investigație atentă, incluzând verificarea și corectarea lor mai târziu în tratament, nu trebuie judecat independent nici un element singular, adică nu fără a privi elementul în interiorul contextului său, lucru de bază pentru gândirea psihanalitică. Factorii ereditari depind, în impactul lor patogen, de influențele accedentale cu care ei interacționează. Deficiențele organice cum ar fi malformațiile, cecitatea etc., dau naștere la cele mai variate consecințe psihologice conform circumstanțelor de mediu și dotării psihice a copilului. Anxietatea, așa cum a fost descrisă mai sus, nu poate fi suficient evaluată pe baza fie a cantității, fie a calității, în măsura în care impactul ei patogen depinde de dispozitivele de adaptare (Murphy, 1964) și de resursele de apărare ale Eului. Crizele și acțiunile iraționale ale copilului trebuie verificate în raport cu modelele de comportament oferite de către familie, iar evaluarea cazurilor în care copilul dezvoltă aceste forme de comportament în mod independent trebuie să fie diferită de acelea în care el le-a adoptat prin imitație și identificare. Evenimentele traumatice nu ar trebui luate la valoarea lor de suprafață, ci ar trebui traduse în înțelesul lor specific pentru copilul respectiv. Atribute cum ar fi eroismul sau lășitatea, generozitatea sau zgârcenia, raționalitatea sau iraționalitatea trebuie înțelese în mod diferit la indivizi diferiți și judecate în lumina rădăcinilor lor genetice și a adecvării lor la fază și vârstă etc. Astfel, oricare dintre elementele obținute, deși identice ca nume, pot fi total diferite ca semnificație, în contextul unei personalități diferite. În același mod în care aceste variabile nu suportă comparație cu alte variabile

presupus identice de la alți indivizi, ele nu oferă nici o bază de încredere în evaluarea diagnostică, dacă sunt văzute în afara contextului, adică nelegate de alte zone ale structurii personalității.

În mintea analistului, întreaga cantitate de material colectat în timpul procedurii diagnostice se organizează în ceea ce poate fi numit un profil metapsihologic comprehensiv al copilului, adică o imagine care să conțină date dinamice, genetice, economice, structurale și adaptative. Aceasta poate fi văzută ca un efort sintetic al analistului când are de-a face cu descoperiri dispartate sau, invers, văzându-și gândirea diagnostică fragmentată analitic în părțile sale componente.

Profile de acest tip pot fi schițate în diferite conjuncturi, și anume, după primul contact între copil și clinică (stadiu diagnostic preliminar), în timpul analizei (stadiul tratamentului) și după încheierea analizei sau într-o completare a ei (stadiul terminal). Dacă acest lucru este făcut, profilul servește nu doar ca un instrument de completare și verificare a diagnosticului, cât și ca un instrument de apreciere a rezultatelor tratamentului, adică drept un control al eficacității tratamentului psihanalitic.

La stadiul de diagnostic, profilul pentru fiecare caz ar trebui început cu simptomele referite ale copilului, descrierea lui, antecedentele familiale și istoricul și cu o enumerare a posibilelor influențe semnificative de mediu. De la acestea, trece la tabloul intern al copilului care conține informație despre *structura* lui de personalitate; influența reciprocă dinamică din interiorul structurii; anumiți factori economici privitori la activitatea pulsională și puterea relativă a forțelor Sinelui și Eului; adaptarea sa la realitate; și câteva ipoteze genetice (care urmează a fi verificate în timpul tratamentului). Astfel, fragmentat în elemente, profilul unui individ poate arăta după cum urmează:

### Schiță de profil diagnostic

- I. MOTIVELE DE ADRESARE (Opriri în dezvoltare, Probleme de comportament, Anxietate, Inhibiții, Simptome etc.)
- II. DESCRIEREA COPILULUI (Aspectul personal, Dispoziții, Purtare etc.)
- III. ISTORICUL FAMILIAL ȘI ISTORICUL PERSONAL
- IV. INFLUENȚE DE MEDIU POSIBIL SEMNIFICATIVE



## V. EVALUĂRI ALE DEZVOLTĂRII

## A. Dezvoltarea pulsională

## 1. Libido - examinare și stare

## (a) cu privire la faza de dezvoltare:

- dacă în succesiunea fazelor libidinale (orală, anală, falică; latență; preadolescență, adolescență) copilul a funcționat la stadiul adecvat vârstei sale, și în special dincolo de nivelul anal la cel falic;
- dacă a obținut dominația fazei asupra acestuia;
- dacă, la momentul evaluării, nivelul cel mai înalt a fost menținut sau a fost abandonat regresiv pentru unul mai timpuriu;

(b) cu privire la *distribuția libidoului*:

- dacă Selful este investit, la fel de bine ca și lumea obiectală și dacă există suficient narcisism (primar și secundar, investit în corp, în Eu și în Supraeu) pentru a asigura auto-aprecierea, stima de sine, un sentiment de bunăstare, fără a conduce la supraestimarea Selfului, independență excesivă față de obiecte etc; stabilirea gradului de dependență al auto-aprecierii de relațiile de obiect;

## (c) cu privire la libidoul obiectal:

- dacă în nivelul și calitatea relațiilor obiectale (narcisic, analitic, constanța obiectului, preoedipian, oedipian, postoedipian, adolescentin) copilul a funcționat conform vârstei;
- dacă, la momentul evaluării, nivelul cel mai înalt atins este menținut sau a fost abandonat regresiv; dacă relațiile obiectale existente corespund sau nu cu nivelul menținut sau regresat al fazei de dezvoltare.

## 2. Agresivitatea - Examinăm expresiile agresive pe care copilul le are la dispoziție:

- (a) în funcție de cantitatea lor, adică prezența sau absența lor în tabloul manifest;
- (b) în funcție de calitatea lor, adică a corespondenței lor cu nivelul de dezvoltare al libidoului;
- (c) în funcție de direcția lor spre lumea obiectală sau spre self.

## B. Dezvoltarea Eului și a Supraeului

- (a) examinăm și stabilim integritatea sau deficitul aparatului Eului,

ce servesc percepția, memoria, motilitatea etc.

- (b) examinăm și stabilim în detaliu integritatea, sau nu, a *funcțiilor* Eului (memoria, testarea realității, sinteza, controlul motilității, vorbirea, procesul secundar de gândire). Se caută deficiențele primare. Se notează inegalitatea în nivelele atinse. Se includ rezultatele la testele de inteligență.

- (c) examinăm în detaliu situația *organizării defensive* și apreciem următoarele:

- dacă apărarea este folosită în mod specific împotriva *pulsiunilor individuale* (de identificat în acest caz) sau, mai general, împotriva activității pulsionale și a plăcerii instinctuale; dacă apărările sunt *adecvate vârstei*, prea primitive, sau prea precoce;
- dacă apărarea este *echilibrată*, adică dacă Eul are la dispoziția sa folosirea mai multora dintre mecanismele importante sau este restricționat la folosirea excesivă doar a unora;
- dacă apărarea este eficientă, în mod special în tratarea sa cu angoasa, dacă ea are ca rezultat echilibrul sau dezechilibrul, labilitatea, mobilitatea sau impasul în interiorul structurii;
- dacă și cât de departe apărarea copilului împotriva pulsiunilor este dependentă de lumea obiectală sau independentă de aceasta.

- (d) se va observa orice interferență secundară a activității defensive cu achizițiile Eului, adică prețul plătit de către individ pentru menținerea organizării defensive.<sup>1</sup>

## VI. EVALUĂRI GENETICE (Regresie și puncte de fixație)

În măsura în care noi afirmăm că toate nevrozele infantile (și anumite tulburări psihotice la copii) sunt inițiate de regresii ale libidoului la puncte de fixație de la diferite nivele timpurii, localizarea acestor momente de tulburare în istoria unui copil este una dintre preocupările

<sup>1</sup> Interacțiunea dezvoltării pulsiunii cu dezvoltarea Eului și a Supraeului poate fi evaluată prin folosirea pentru acest scop a liniilor de dezvoltare (vezi capitolul 3) care ne oferă o idee despre cum reacționează întreaga personalitate la oricare dintre situațiile de viață care îi pun copilului o problemă imediată de a fi stăpânite. Aceasta poate fi făcută, fie în interiorul cadrului Profilului (ca în partea V, C) sau ca o adăugire la el.

principale ale diagnosticianului. În momentul diagnosticului inițial, astfel de zone se trădează:

- (a) prin anumite *forme de comportament manifest* care sunt caracteristice unui anumit copil și care permit concluzii asupra proceselor subiacente ale Sinelui care au fost supuse refulării și modificării, dar care au lăsat o urmă evidentă. Exemplul cel mai bun este caracterul obsesional manifest în care curățenia, ordinea, punctualitatea, stocarea, îndoiala, indecizia, încetineala etc., trădează dificultatea specială trăită de copil la momentul confruntării cu impulsurile fazei sadic-anale, adică o fixație la această fază. În mod similar, alte formări și atitudini de caracter trădează puncte de fixație la alte nivele, sau în alte zone. (Grija pentru sănătatea sau siguranța părinților sau fraților arată o dificultate specială de a face față dorințelor de moarte din copilărie; teama de medicamente, capriciile alimentare etc. indică apărarea împotriva fantasmelor orale; timiditatea pe cea împotriva exhibiționismului; dorul de casă pe cea a ambivalenței nerezolvate etc.)
- (b) prin *activitatea de fantasmare* a copilului, trădată uneori în mod accidental în procedura diagnostică, dar de obicei accesată doar prin teste de personalitate. (În timpul psihanalizei, fantasmele conștiente și inconștiente ale copilului furnizează, desigur, informația cea mai deplină despre părțile patogene importante ale istoriei dezvoltării sale);
- (c) prin acele elemente din *simptomatologie* în care relațiile între suprafață și profunzime sunt ferm stabilite și nu variabile, și binecunoscute diagnosticianului, așa cum sunt simptomele nevrotice obsesionale cu punctele lor de fixație cunoscute. În contrast, simptomele cum ar fi minșitul, furatul, enurezisul etc., cu cauzalitatea lor multiplă, nu transmit nici o informație din punct de vedere al genezei, la stadiul de diagnostic.

## VII. EVALUĂRI DINAMICE ȘI STRUCTURALE (Conflicte)

Comportamentul este guvernat de influența reciprocă dintre forțele interne și cele externe sau dintre forțele interne (conștiente sau inconștiente) una în raport cu cealaltă, adică de rezultatul conflictelor. Examinăm conflictele în cazul dat și la clasificăm în:

- (a) conflicte externe între instanțele Sine-Eu și lumea obiectală (producând frica de lumea obiectală);
- (b) conflicte internalizate între Eu-Supraeu și Sine după ce instanțele Eului au preluat și reprezintă în fața Sinelui cererile lumii obiectale (producând vină).
- (c) conflicte interne între reprezentanți ai pulsionilor insuficienți fuzionați sau incompatibili (așa cum sunt ambivalența nerezolvată, activitate versus pasivitate, masculinitate versus feminitate etc.).

În funcție de predominanța uneia dintre cele trei tipuri, se poate ajunge la evaluări ale:

- (1) nivelului de maturitate, adică relativa independență a structurii de personalitate a copilului;
- (2) severității tulburării sale;
- (3) intensității terapiei necesare pentru alinarea sau înlăturarea tulburării.

## VIII. EVALUAREA UNOR CARACTERISTICI GENERALE

Ar trebui de asemenea cercetată întreaga personalitate a copilului prin căutarea de caracteristici generale cu posibilă semnificație pentru prognosticul șanselor de remisiune spontană și reacție la tratament. Examinăm în legătură cu asta, următoarele zone:

- (a) toleranța copilului la frustrare. Acolo unde (ținând cont de vârsta de dezvoltare) toleranța la tensiune și frustrare este neobișnuit de scăzută, se va genera mai multă angoasă decât i se va putea face față, iar succesiunea patologică a regresiei, activitatea defensivă și formarea de simptom vor fi puse mai ușor în mișcare. Acolo unde toleranța la frustrare este înaltă, echilibrul va fi menținut sau recâștigat cu mai mult succes.
- (b) potențialul de sublimare al copilului. Indivizii diferă pe o scară largă în privința gradului în care gratificarea deplasată, inhibată în raport cu scopul și neutralizată îi poate recompensa pentru frustrarea împlinirii pulsionale. Acceptarea acestor prime tipuri de gratificare (sau eliberarea potențialului de sublimare în tratament) poate reduce nevoia de soluții patologice;
- (c) atitudinea generală a copilului la angoasă. Examinăm în ce

măsură apărarea copilului împotriva fricii de lumea externă și angoasei cauzate de lumea internă se bazează exclusiv pe măsuri fobice sau contrainvestiri, care sunt ele însele strâns legate de patologie; și în ce măsură există o tendință de a stăpâni activ situațiile de pericol interne și externe, ultima fiind un semn al unei structuri bine echilibrate a Eului, fundamental sănătoase;

- (d) forțele progresive de dezvoltare *versus* tendințele regresive. În mod normal, ambele sunt prezente în personalitatea imatură. Când primele le întrec pe ultimele, șansele de normalitate și remisie spontană sunt crescute; formarea de simptom este mai tranzitorie din moment ce mișcările de înaintare la următorul nivel de dezvoltare modifică echilibrul interior de forțe. Acolo unde ultima, adică regresia este predominantă, rezistențele la tratament și încăpățănarea în soluțiile patologice vor fi și mai impresionante. Relațiile economice între cele două tendințe pot fi deduse prin urmărirea luptei copilului între dorința activă de a crește și refractaritatea sa față de renunțarea la plăcerile pasive ale bebelușului.

#### IX. DIAGNOSTIC

În cele din urmă, este sarcina diagnosticianului de a reasambla elementele menționate mai sus și de a le combina într-o evaluare clinică plină de înțeles. El va trebui să decidă între un număr de categorii cum ar fi următoarele:

- (1) că, în pofida unor tulburări manifeste curente, creșterea personalității copilului este în mod esențial sănătoasă și se înscrie în categoria largă a „variațiilor normalului“;
- (2) că formațiunile patologice (simptomele) existente sunt de natură tranzitorie și pot fi clasificate drept produse colaterale ale solicitării dezvoltării;
- (3) că există o regresie pulsională permanentă la punctele de fixație anterior stabilite, care conduce la conflicte de tip nevrotic și dă naștere la nevroze infantile și la tulburări de caracter;
- (4) că există regresie pulsională ca mai sus, plus regresii simultane ale Eului și ale Supraeului care conduc la infantilism, structură de limită, delicvență sau tulburări psihotice;
- (5) că există deficiențe primare de natură organică care distorsio-

nează dezvoltarea și structurarea și care produc o personalitate retardată, deficientă sau atipică.

- (6) că există procese distructive active (de origine organică, toxică, sau psihică, cunoscută sau necunoscută) care au efectuat, sau sunt pe punctul de a efectua, o întrerupere a creșterii psihice.

## CAPITOLUL 5

### Evaluarea patologiei

#### Partea a II-a

##### *Câteva stadii infantile premergătoare ale psihopatologiei adultului*

Pentru analistul de copii, evaluarea stării copilului servește unei varietăți de scopuri. Unele reprezintă preocupări practice, cum ar fi decizia de a urma sau nu un tratament și alegerea celei mai potrivite metode terapeutice. Altele sunt teoretice și reprezintă încercări de a învăța mai multe despre procesele de dezvoltare înseși. În cele din urmă, dar nu pe ultimul loc ca importanță, se află eforturile de a formula tablouri mai clare ale fazelor inițiale ale acelor tulburări psihice, care sunt cunoscute în principal prin stadiile lor mai târzii<sup>1</sup>, și de a clarifica domeniul prin diferențierea între manifestările patologice tranzitorii și cele permanente.

#### NEVROZELE INFANTILE

Există diferite motive pentru care analiștii de copii se simt pe un teren mai sigur când au de-a face, din punct de vedere diagnostic, cu această categorie. Din cele mai timpurii zile ale psihanalizei, nevroza infantilă a fost declarată ca fiind nu doar pe picior de egalitate cu contrapartea sa adultă, ci chiar mai mult decât atât, prototipul și modelul acesteia.

Există argumente în literatura analitică clasică asupra acestui subiect conform cărora nevroza din copilărie are semnificația „de a fi tipul și modelul” (S. Freud, 1909, p. 147) nevrozei adulte; că analizele nevrozelor infantile „ne oferă... atâta ajutor pentru înțelegerea corectă a nevrozei

adultului, cât ne ajută visele copiilor la înțelegerea viselor adulților” (S. Freud, 1918, p. 9); că studiul acestora „ne protejează de ... înțelegerea greșită ... a nevrozelor adulților” (S. Freud, 1916-1917, p. 363); că „analiza revelează în mod regulat [nevroza de la vârsta adultă] ca o continuare directă a [precedentei] boli infantile” (ibid., p. 364).

Mai mult decât atât, s-a dovedit în mod repetat existența unei corespondențe strânse între simptomatologia manifestă a nevrozei infantile și a celei adulte. În *isterie*, elementele comune sunt angoasa liber flotantă și accesele de angoasă, conversia în simptome fizice, vomismentele și refuzul mâncării, zoofobiile, agorafobia. În schimb, claustrofobia este rară la copii, în favoarea fobiilor situaționale, cum ar fi cele de școală, de dentist, etc. care joacă un rol proeminent. În ceea ce privește nevroza *obsesională*, atât copiii, cât și adulții prezintă ambivalența sentimentelor în mod dureros accentuată, ceremonialurile de culcare, alte ritualuri, compulsii legate de spălare, acțiuni, întrebări și formule repetitive; cuvinte și gesturi magice sau evitarea magică a anumitor mișcări și cuvinte; compulsia la a număra și lista, la a atinge sau evita atingerea etc. În raport cu *inhibițiile*, inhibarea jocului și a învățăturii la copii corespunde unor restricții similare ale activității de mai târziu. Inhibarea exhibiționismului, a curiozității, a agresiunii, a competiției, produce același efect invalidant asupra personalității individului, indiferent dacă survine mai devreme sau mai târziu în viață. În cazul *caracterelor* nevrotice, va fi mică diferență între caracterul isteric, obsesional sau impulsiv ce înmugurește în copilărie, și echivalentul său matur.

Mai important decât aceste corespondențe la nivel manifest, este identitatea din punct de vedere dinamic, ce poate fi demonstrată, între nevroza adultă și cea infantilă. Formula etiologică clasică pentru ambele arată astfel: progres inițial în dezvoltare până la un nivel relativ înalt al dezvoltării pulsionale și a Eului (adică pentru copil, nivelul falic-oedipian, iar pentru adult, nivelul genital); o creștere intolerabilă a angoasei sau frustrării asupra acestei poziții (la copil, a angoasei de castrare din complexul oedipian); regresia de la poziția pulsională adecvată vârstei la punctele de fixație pregenitale; emergența impulsurilor, dorințelor și fantasmelor sexual-agresive pregenitale infantile; angoasa și vina față de acestea, mobilizând reacții de apărare din partea Eului, sub influența Supraeului; activitate defensivă conducând la formațiuni de compromis; tulburări de caracter sau simptome nevrotice rezultante, ale căror detalii

<sup>1</sup> Conform unui termen introdus de Liselotte Frankl, a studia „istoria naturală” a tulburărilor adultului.

sunt determinate de nivelul punctelor de fixație până la care a avut loc regresia, de conținutul impulsurilor și fantasmelor respinse și de alegerea mecanismelor de apărare specifice care sunt folosite.

În anii de început ai practicii psihanalitice, când numai un mic număr de copii preselectați ajungeau la analist, era de așteptat ca majoritatea micilor pacienți să facă parte din categoria nevrozelor infantile și – cu Micul Hans și Omul cu Lupi ca prototip – să poată fi subscriși formulei etiologice prezentate mai sus. Aceste noțiuni s-au schimbat însă odată cu pasul făcut de la practica privată la deschiderea de centre de consultație și clinici pentru copii, unde a apărut și a reclamat atenția psihanalizatorilor, o întreagă masă de material cazuistic nesortat.

În acel moment a apărut pentru prima dată o descoperire dezamăgitoare ce se referea la o discrepanță între nevroticii copii și cei adulți. În vreme ce la adulți simptomul nevrotic individual face parte dintr-o structură de personalitate ce comportă o geneză, acesta nu este cazul în ceea ce privește copiii. La copii, simptomele pot apărea frecvent izolate, sau cuplate cu alte simptome și trăsături de personalitate de o natură și de o origine diferită. Până și atât de precis definitele simptome obsesionale, cum sunt ceremonialurile de culcare sau compulsii la a număra, pot fi găsite la copii cu personalități de altfel necontrolate, neastâmpărate, impulsive, într-un cuvânt isterice; sau conversii isterice, tendințe fobice, simptome psihosomatice se regăsesc în structuri caracteriale obsesionale. Acte delicvente solitare sunt comise de copii care sunt bine adaptați și conștiințioși în alte privințe. Copii care sunt incontrolabili acasă se supun autorității la școală, și viceversa.

O altă dezamăgire a fost înțelegerea faptului că, în pofida tuturor legăturilor între nevroza infantilă și cea adultă, nu există nici o certitudine că o anumită formă de nevroză infantilă se va dovedi a fi premergătoare aceluiași tip de nevroză la adult. În mod contrar, există multe dovezi clinice care indică în direcția opusă. Un exemplu ar fi starea de necontrolat a unui băiețel de patru ani, care o echivalează în multe moduri pe cea a unui delicvent juvenil sau adult în ceea ce privește faptul că ambii își dau frâu liber impulsurilor lor, în special a celor agresive, și ambii atacă, distrug și își însușesc ceea ce doresc fără să le pese de sentimentele celorlalți oameni. Cu toate aceste similarități, acest comportament delicvent timpuriu nu este neapărat necesar să se transforme mai târziu într-o stare cu adevărat de delicvență; copilul în discuție poate evolua mai degrabă într-un caracter obsesional sau

nevroză obsesională decât într-un delicvent sau infractor. Mulți dintre copiii care încep cu o fobie sau cu isterie de angoasă, ajung mai târziu adevărați obsesionali. Mulți cu simptome cu adevărat obsesionale, cum ar fi compulsii la spălat, atingere ritualică, aranjare a detaliilor etc., care se aseamănă cu obsesionali adulți în toate privințele, mai puțin faptul că sunt tineri, sunt predestinate să dezvolte în viața de mai târziu nu nevroze obsesionale, ci stări schizoide și schizofrenice.

O serie de ipoteze par să explice aceste inconsecvențe. În mod evident, chiar și acolo unde componentele pulsionale dominante rămân aceleași, așa cum se întâmplă cu sadismul anal al delicventului și al nevroticului obsesional, alegerea între cele două soluții patologice opuse, depinde de interacțiunea lor cu atitudinile Eului, iar acestea se modifică pe parcursul maturizării și dezvoltării. Dorințele de moarte, agresivitatea, necinstea, care sunt acceptabile pentru individ la un nivel de dezvoltare a Eului și Supraeului sunt condamnate, și există o apărare îndreptată împotriva lor, la următorul nivel; de aici, schimbarea de la delicvență la trăsături compulsive. Sau, o dată cu maturizarea Eului, apărările împotriva angoasei care se folosesc de sistemul motor, așa cum este conversa fizică și retragerea fobică, se schimbă în mecanisme de apărare în interiorul proceselor de gândire, așa cum sunt numărutul, formulele magice, anularea, izolarea; aceasta explică pasul de la simptomatologia isterică la cea obsesională. Amestecurile de simptome isterice și obsesionale pot avea explicații simple: copiii care suferă de o tulburare isterică permanentă dobândesc în plus o serie de simptome compulsive tranzitorii în momentul trecerii prin stadiul sadic-anal, pentru care sunt potrivite cele din urmă; la alții, la care este în formare nevroza obsesională, persistă încă angoasa liber flotantă, fobiile și simptomele isterice ca reziduuri ale nivelului de dezvoltare care tocmai s-a încheiat. La obsesionalii tineri, conflictele ambivalente și compulsii trebuie înțelese, probabil, ca semne timpurii prevestitoare ale disocierilor și dizarmoniilor din interiorul structurii, suficient de severe pentru a conduce mai târziu la o dezintegrare psihotică totală a personalității.

Există o descoperire ulterioară pe care o poate face fiecare analist în serviciul diagnostic al unei clinici de copii, și anume, că domeniul tulburărilor psihice în copilărie este mult mai extins decât se poate aștepta din experiența cu psihopatologia adultă. În cadrul materialului există, desigur, un nucleu al tuturor formelor tipice de compulsie, al ritualurilor, ceremonialurilor, acceselor de angoasă, fobiilor, tulburări psihosomatice, celor cauzate în mod traumatic, inhibițiilor și deformă-

rilor de caracter care se așează sub titulatura de nevroze infantile; sau retragerile severe din lumea obiectală și înstrăinările de realitate care se așează sub titulatura de psihoze infantile. Dar majoritatea acestora nu sunt în nici un fel. Pe lângă ele, există tulburările (nonorganice) ale nevoilor fizice vitale, adică tulburările alimentare și de somn ale copilului mic; întârzierile excesive (nonorganice) în achiziționarea capacităților vitale, așa cum sunt controlul motilității, vorbitul, curățatul, învățatul; tulburările primare ale narcisismului<sup>1</sup> și ale relațiilor obiectale; stările cauzate de tendințe necontrolate distructive și auto-distructive, sau de derivate necontrolate ale sexualității și agresivității; personalitățile retardate sau infantile. Unii dintre acești copii nu ating niciodată faza falic-oedipiană, care este adevăratul punct de debut al nevrozelor infantile. Unii posedă organizări defensive subdezvoltate, primitive și defectuoase, având ca rezultat faptul că simptomele lor corespund irupțiilor din Sine, mai degrabă decât formațiunilor de compromis între Sine și Eu. La unii, formarea Supraeului este atât de incompletă, încât judecata morală, vinovăția și conflictul intern nu mai au rolurile lor de forțe interioare de control.

Până în acest moment, nu există decât formulări descriptive și insuficient detaliate dinamic care să explice varietatea tablourilor clinice cu care este aglomerat domeniul. Poate unele dintre tulburările care survin în primii ani de viață reprezintă stadii premergătoare ale dezvoltării nevrotice care urmează să se preschimbe în nevroze propriu-zise o dată cu creșterea adecvată vârstei a Eului și a Supraeului și o dată cu avansările în structurare. Altele pot reprezenta nevroze eșuate, adică încercări nereușite, incomplete, pe termen scurt, ale instanțelor Eului de a ajunge la o înțelegere cu și de a modifica pulsuniile.

## TULBURĂRILE DEZVOILTĂRII

După cum s-a menționat mai sus, tulburările psihice sunt mult mai frecvente ca număr și mult mai variate ca tip la copii, față de cum sunt la adulți. Incidența lor este crescută, pe de o parte, de circumstanțele

cauzate de dependența copilului și, pe de altă parte, de dificultățile și constrângerile dezvoltării în sine.

### Presiuni externe

Datorită incapacității lor de a-și purta singuri de grijă, bebelușii și copiii trebuie să se descurce cu orice fel de îngrijire care le este acordată. Acolo unde gestionarea copilului nu este extrem de sensibilă, aceasta cauzează o serie de tulburări, dintre care cele mai timpurii sunt centrate de obicei în jurul somnului, hrănirii, eliminărilor și dorinței de companie.

În toate cele patru zone, înclinațiile naturale ale copilului nu sunt în armonie cu multe dintre obiceiurile culturale și sociale actuale. Copilul are propriul său ritm de *somn*, dar acesta rar coincide cu momentul zilei sau al nopții sau cu durata de timp în care mama sa dorește ca el să doarmă pentru a se potrivi cu propriul ei program. Pentru a face tranziția de la starea de veghe la cea de somn, el are propriile sale metode bazate pe activități autoerotice cum ar fi sugerea degetului, masturbarea sau alintarea obiectelor tranziționale (Winnicott, 1953), dar el le poate folosi liber doar cu indulgența mamei, care adeseori intervine. A stabili un contact tactil strâns și cald cu corpul unei alte persoane în timpul adormirii reprezintă o nevoie primitivă a copilului, dar acest fapt este împotriva tuturor regulilor de igienă care reclamă faptul ca toți copiii să doarmă singuri și nu să împartă patul cu părinții. Ce fel de *mâncare* doresc să mănânce copiii, la ce moment și în ce cantitate este rareori lăsat la alegerea lor (cu excepția hrănirii bebelușului la cerere), având ca rezultat faptul că stării lor de foame i se impun perioade dureroase de așteptare, sau mâncarea le este impusă atunci când nu o doresc. Cu excepția modurilor celor mai moderne de creștere a copilului, *educația toaletei* este introdusă prea timpuriu, și anume într-un moment în care nici controlul muscular primitiv al copilului, nici personalitatea sa, ce avansează spre gestionarea funcțiilor corpului, nu sunt încă pregătite. Nevoia biologică a bebelușului de prezență constantă, plină de grijă a adultului, este depreciată în cultura noastră occidentală, iar copiii sunt expuși la ore întregi de solitudine datorită concepției greșite conform căreia este sănătos pentru cei mici să doarmă, să se odihnească și, mai târziu, să se joace singuri. O asemenea neglijare a nevoilor naturale creează primele întreruperi în funcționarea armonioasă a proceselor de satisfacere a pulsunii și nevoii. Drept

<sup>1</sup> Vezi J. J. Sandler, „Tulburări ale narcisismului“ (o serie de lucrări ce urmează a fi publicate).

rezultat, mamele caută ajutor pentru bebelușii care prezintă dificultăți la adormire sau nu dorm în timpul nopții, în pofida faptului că sunt obosiți; care nu mănâncă îndeajuns sau refuză mâncăruri potrivite, în pofida nevoii evidente de alimentație a organismelor lor; sau care plâng excesiv și nu pot accepta consolarea oferită de mamele lor. În măsura în care tulburările de acest ordin se datorează îngrijirilor oferite de mediu, ele pot fi eliminate dacă sunt folosite de la început moduri diferite de îngrijire a copilului. O dată ce sunt produse, consecințele lor nu pot fi îndepărtate cu totul, nici chiar dacă sunt efectuate schimbări benefice în aspectele gestionării. Frustrările și neplăcerile trăite de copil în legătură cu o nevoie particulară sau o pulsione parțială, rămân asociate cu acestea în mintea copilului. Acest fapt slăbește forța eficace și presiunea pozitivă a pulsionii, o face vulnerabilă și, în consecință, pregătește drumul pentru tulburarea nevrotică ulterioară în zona afectată (vezi de asemenea A. Freud, 1946).

O tratare necorespunzătoare a nevoilor timpurii ale bebelușului are unele repercusiuni ulterioare asupra dezvoltării patologice. În evoluția sa spre independență și autonomie, copilul acceptă atitudinea inițială de gratificare sau frustrare a mamei ca pe un model pe care el îl imită și îl recrează în propriul său Eu. Există șanse ca Eul său să prezinte o egală toleranță, dacă, în măsura posibilului, ea îi înțelege, respectă și satisface dorințele. Acolo unde ea întârzie, neagă, depreciază satisfacerea dorinței, Eul său va fi predispus să dezvolte mai mult din așa numita „ostilitate față de Sine”, adică o disponibilitate pentru conflict intern, care reprezintă condiția esențială a dezvoltării nevrotice.

### *Presiuni interne*

În contrast cu constrângerile externe, dintre care o mare parte sunt posibil de evitat, constrângerile interne sunt inevitabile. Ele sunt mai virulente în situațiile în care o daună anterioară (cauzată de factori externi) a subminat integritatea organică a pulsionilor și sunt mai slabe acolo unde activitatea pulsională a rămas sănătoasă. Dar, în esență, sunt la fel de inevitabili ca și maturizarea și dezvoltarea înseși. În opoziție cu formațiunile patologice ale vieții adulte, ele sunt tranzitorii, în pofida intensității lor, și sunt depășite o dată cu trecerea fazei de dezvoltare în cursul căreia au luat naștere.

### TULBURĂRI ALE SOMNULUI

Dificultăți ale somnului sau ale ușurinței de a adormi apar aproape fără excepție în al doilea an, oricât de cu grijă și cu succes au fost tratate obiceiurile și aranjamentele de somn din primul an de viață al bebelușului. Un copil de un an, fără nici o nevoie corporală, durere sau disconfort, se poate cufunda în somn oricând este obosit, uneori în mijlocul jocului sau ținând încă în mână o lingură de la masă. Dar, câteva luni mai târziu doar, același copil va protesta când va fi pus în pat, în pofida oboselii și se va agita și răsuci, sau va cere companie pentru un timp nelimitat. Impresia pe care o dă este aceea că „luptă împotriva somnului”, uneori cu atât mai mult cu cât epuizarea sa este mai mare. Ceea ce s-a petrecut între timp, este faptul că a adormi nu mai este o chestiune pur fizică, cum era răspunsul aproape automat la o nevoie corporală într-un individ nediferențiat, în care Eul și Sinele, Selful și lumea obiectală nu sunt încă distincte. O dată cu întărirea legăturilor obiectale ale copilului și o dată cu implicarea sa în evenimente lumii externe, retragerea libidoului și a intereselor Eului către Self devin o condiție esențială pentru somn. Aceasta nu este întotdeauna cu ușurință îndeplinită, iar angoasa suscitată de proces îl face pe copilul care tocmai a făcut primii pași, să se agățe cu și mai multă tenacitate de starea de veghe. Manifestări simptomatice ale acestui stadiu sunt chemările fără sfârșit ale copilului din pat, solicitările prezenței mamei, ale unei uși deschise, ale unui pahar cu apă etc. Acestea dispar din nou spontan, când relațiile obiectale ale copilului devin mai sigure și mai puțin ambivalente, și când Eul său ajunge suficient de stabilizat pentru a permite regresia la starea narcisică nediferențiată, necesară pentru somn.

Așa cum am mai menționat înainte, metodele spontane ale copilului de a facilita tranziția de la veghe la somn reprezintă activități auto-erotice, cum ar fi legănatul, suptul degetului, masturbarea și folosirea obiectelor tranziționale, cum ar fi jucării pe care le poate alinta, materiale moi etc. Renunțarea la acestea din urmă sau, mai târziu, combaterea masturbării, cauzează în mod frecvent, un nou val de dificultăți la adormire. Dacă aceasta se întâmplă în stadiul de latență, noile metode folosite de copil pentru a combate tulburarea sunt în mod obișnuit unele obsesionale, cum ar fi număratul, cititul compulsiv, gândurile compulsive etc.

Deși dificultățile de adormire ale copilului seamănă în aspectul mani-

fest cu tulburările de somn ale adulților depresivi sau melancolici, imaginea metapsihologică subiacentă este diferită și, în consecință, prima situație nu trebuie considerată ca un precursor al celei din urmă. Ceea ce au în comun cele două nu este decât vulnerabilitatea zonei somnului.

### TULBURĂRI ALE ALIMENTAȚIEI

Se cunosc multe despre tulburările și capriciile alimentare ale copilului care au o istorie lungă și sunt variate ca tip.<sup>1</sup> Diversele tulburări de alimentare aparțin în mod legitim diferitelor stadii ale liniei de dezvoltare spre hrănirea independentă, așa cum acestea se succed unul după celălalt și sunt depășite pe rând.

Cronologic, succesiunea lor parcurge următorul curs aproximativ. Primele tulburări sunt legate de stabilirea hrănirii la sân și au o cauzalitate mixtă: în privința mamei, există obstacole corporale referitoare la cantitatea de lapte și forma sfârcurilor; unele psihologice privitoare la răspunsul ei ambivalent sau anxios față de hrănirea la sân. Copilul poate prezenta dificultăți organice, cum ar fi un răspuns întârziat la supt sau o nevoie scăzută de alimentare; sau unele psihologice, în forma unei reacții automate negative la angoasa sau ezitarea mamei. Următoarele pe același parcurs sunt refuzurile alimentare frecvente din perioada înțărcatului de la sân sau de la biberon, deși acestea pot fi preîntâmpinate printr-un înțărcat prudent și foarte gradat. Acolo unde ele sunt excesive, își lasă în mod obișnuit amprenta sub forma furiei față de mâncare, neplăcerii față de gusturi și consistențe noi, lipsei spiritului de aventură în alimentare, lipsei de plăcere în sfera orală. Uneori determină un rezultat opus, și anume lăcomia excesivă și frica de a-i fi foame.

Disputele din cauza meselor preparate de mamă exprimă relația ambivalentă a copilului față de ea. O ilustrare clinică excelentă a acestui fapt este un băiețel care, atunci când era supărat pe mama lui, nu numai că scuipa afară tot ceea ce ea îi introdusese în gură, dar își ștergea și limba de orice mic rest de mâncare care rămăsese lipit. Literalmente, „nu vroia să ia nimic de la ea”. Disputele asupra cantității de mâncare

alternează cu disputele asupra tipului de mâncare preferat sau respins, adică, capricii alimentare, și acelea despre modalitățile de a mânca, adică manierele la masă. Mult mai în natura simptomului sunt evitarea plină de dezgust a anumitor forme, mirosuri, culori și consistențe ale mâncării, o evitare care este derivată din apărarea împotriva tendințelor anale; sau vegetarianismul care (dacă nu este produs și menținut de influențele mediului) rezultă din apărarea împotriva fantasmelor regresive canibale și sadice; sau refuzul mâncărilor care îngrașă, uneori a mâncării în întregime, în serviciul îndepărtării fantasmelor de însănmântare orală sau de graviditate.

În timp ce aceste forme variate de comportament simptomatic sunt manifestări ale dezvoltării, fiecare în dreptul său, nu există motive ca părinții să se teamă, așa cum li se întâmplă frecvent, că formele mai ușoare cum ar fi capriciile alimentare sunt stadii premergătoare ale unora mai severe, așa cum este refuzul alimentar prelungit și că unul se va transforma în celălalt în absența tratamentului. Ele sunt prin definiție tranzitorii și accesibile vindecării spontane. Totuși, o perturbare excesivă în procesul alimentării la un stadiu timpuriu va lăsa reziduuri care vor spori și vor complica tulburările din stadiile de mai târziu. În general, tulburările alimentare ale copilăriei lasă zona alimentării vulnerabilă și aceasta pregătește terenul pentru afecțiunile nevrotice ale stomacului și ale apetitului în viața adultă.

### FRICILE ARHAICE

Înainte de a dezvolta angoasele care sunt în legătură cu creșterea structurării personalității<sup>1</sup> lor, copiii trec printr-o fază mai timpurie de angoasă care este supărătoare nu doar pentru ei, ci și pentru cei care îi îngrijesc, datorită intensității sale. Aceste angoase sunt adeseori numite „arhaice” de vreme ce originea lor nu poate fi găsită în nici una dintre experiențele înfricoșătoare anterioare, ci par a fi incluse în dispoziția înnăscută. Descriptiv, acestea sunt frica de întuneric, de singurătate, de străini, de vederi și situații noi și neobișnuite, de tunet, uneori de vânt etc. Metapsihologic, ele nu sunt fobii atâta timp cât, în mod contrar

<sup>1</sup> Vezi capitolul 3. „Linia de dezvoltare de la supt la alimentația rațională”; și A. Freud, 1946.

<sup>1</sup> Vezi capitolul 4, pp. 131-133.



fobiilor de la faza falică, nu sunt bazate pe regresie, sau conflict, sau deplasare. Ele par să exprime, mai degrabă, slăbiciunea Eului imatur și dezorientarea sa panicată, atunci când este pus în fața unor impresii necunoscute pe care nu le poate stăpâni și asimila.

Fricile arhaice dispar proporțional cu creșterea în dezvoltare a diverselor funcții ale Eului cum ar fi memoria, testarea realității, funcționarea procesului secundar, inteligența, logica etc., și în mod special cu descreșterea proiecției și gândirii magice.

#### TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALE COPILULUI CARE ÎNCEPE SĂ MEARGĂ

Tulburările de comportament ale copilului care începe să meargă provoacă multă îngrijorare, în special atunci când iau proporții care sunt de negestionat pentru mamă. Manifestările sunt legate de importanța sadismului anal și exprimă tendințele acestuia, parțial în mod direct prin distructivitate, murdărie și agitație motorie, și parțial în mod reactiv prin agățare, incapacitate de separare, scâncete, nefericire, stări afective haotice (incluzând crizele de nervi).

Cu toată severitatea și aparența sa patologică, sindromul în ansamblul său are viață scurtă. Acesta rămâne în vigoare atâta vreme cât nu există decât descărcări motorii pentru afectele și derivatele pulsionale ale copilului, și dispare sau descrește în intensitate, imediat ce au fost deschise căi noi de descărcare, în special prin achiziția vorbirii (Anny Katan, 1961).

#### O FAZĂ OBSESIONALĂ TRANZITORIE

Ordinea și curățenia excesivă, comportamentul ritualic și ceremonialurile de culcare, pe care suntem obișnuiți să le asociem în mintea noastră cu nevroza obsesională și cu caracterul obsesional, apar la majoritatea copiilor în jurul sau după momentul de vârf al fazei anale. Ele corespund, pe de o parte, apărărilor stabilite ca un rezultat al educației toaletei și, pe de alta, din aspectele de dezvoltare specifice ale Eului care, în mod obișnuit, deși nu invariabil, coincid cu problemele analității (H. Hartman,

1950a). Faptul că în timpul acestei perioade copilul se comportă ca și obsesional crează o aparență înșelătoare de patologie. În decursul obișnuit al evenimentelor, manifestările compulsive dispar fără urmă imediat ce pulsuniile și pozițiile Eului relevante pentru aceasta au fost depășite.

Pe de altă parte, manifestările obsesionale normale, tranzitorii, reprezintă o amenințare a unei patologii permanente, dacă, pentru un anumit motiv, investirea libidinală în faza sadic-anală a fost excesivă, astfel încât cantități mari de libido să rămână fixate la aceasta. În aceste cazuri, copilul va reveni la sadismul anal, de obicei după câteva experiențe înfricoșătoare la nivel falic. Numai asemenea regresii, cu apărări împotriva lor și formațiuni de compromis rezultante, formează baza patologiei obsesionale adevărate și de durată.

#### TULBURĂRI ALE FAZEI FALICE, PREADOLESCENȚĂ ȘI ADOLESCENȚĂ

Modalitatea în care progresul pulsunii și a Eului, fie vindecă, fie cauzează tulburările de comportament, este prezentată cel mai convingător în aceste puncte de tranziție între faze, unde nu doar calitatea, ci și cantitatea activității pulsionale suferă o schimbare. Un exemplu este angoasa extremă de castrare, angoasele și dorințele de moarte, împreună cu apărările împotriva lor, care domină scena de la înălțimea fazei falic-oedipiene și care creează binecunoscutele inhibiții, supracompensările masculine, mișcările pasive și regresive ale acestei perioade. Acest ansamblu de simptome dispăre ca prin minune, imediat ce copilul face primii pași în perioada de latență, aceasta venind ca o reacție imediată la diminuarea biologic determinată a activității pulsionale. Comparativ cu copilul în stadiul oedipian, copilul în stadiul de latență pare mult mai puțin asaltat de probleme.

Contrariul se întâmplă în punctul de tranziție de la perioada de latență la cea de preadolescență. În acest moment, schimbările în calitatea, la fel de bine ca și în cantitatea pulsuniilor, și creșterea anumitor tendințe pregenitale primitive (în special orale și anale) cauzează o pierdere severă a adaptării sociale, a sublimării și, în general, a câștigurilor personalității care fuseseră obținute în timpul perioadei

de latență. Impresia de sănătate și raționalitate dispare din nou, și preadolescentul pare să fie mai puțin matur, mai puțin normal și uneori apare ca având predispoziții spre delicvență.

Acest tablou se schimbă încă o dată la intrarea în adolescența propriu-zisă. Tendințele genitale emergente acționează ca o vindecare tranzitorie pentru orice dispoziție pasiv-feminină achiziționată în timpul complexului oedipian negativ și care a rezistat trecerii prin stadiile de latență și preadolescență. Ele vor face același lucru cu pregenitalitatea difuză a adolescenței pregenitale. În afară de aceasta, așa cum a fost amplu descrisă de mulți autori (Eissler, 1958; Geleerd, 1958), adolescența produce propria ei simptomatologie, care, în cazurile cele mai severe, este de ordin cvasi-dissocial, cvasi-psihotic, de limită. Această patologie dispare de asemenea când adolescența este depășită.<sup>1</sup>

#### DISSOCIALITATE, DELICVENȚĂ, INFRAȚIONALITATE DREPT CATEGORII DIAGNOSTICE LA COPIL

##### *Factorul vârstă în dezvoltarea socială. Punctul de vedere legal și cel psihologic*

Pe lângă categoriile diagnostice discutate în secțiunile precedente, există altele care fie nu pot fi aplicate la copii fără modificări, fie în care sunt

<sup>1</sup> Într-o lucrare despre „Nevrozele infantile” (urmează să fie publicată), dr. H. Nagera face sugestia utilă că tulburările de dezvoltare ar trebui să fie subdivizate după cum urmează:

- (a) *tulburări sau interferențe ale dezvoltării* definite ca situațiile în care cererile externe făcute unui copil nu sunt nici rezonabile, nici adecvate vârstei, și cărora Eul copilului nu le poate face față, sau nu le poate face față fără supărare și suferință;
- (b) *conflicte ale dezvoltării* definite ca fiind trăite de fiecare copil într-un grad mai mare sau mai mic, fie când sunt făcute anumite cereri specifice din partea mediului, la fazele potrivite ale dezvoltării, fie când nivelele de dezvoltare și de maturizare sunt atinse, ceea ce crează conflicte specifice;
- (c) *conflicte nevrotice* definite ca apărând între activitatea pulsională și cererile internalizate, adică precursorii Supraeului;
- (d) *nevrozele infantile*.

trecute cu vederea anumite perioade ale copilăriei. Astfel de exemple sunt inadaptarea socială, delicvența și infraționalitatea.

Incertitudinile asupra aplicării lor sunt în mod clar reflectate de latura legală din dezbaterile în curs de desfășurare despre vârsta limită sub care un copil adus înaintea Curții să poată fi considerat ca „lipsit de control”, „în nevoie de îngrijire și protecție”<sup>2</sup>; până la ce vârstă ar trebui să existe măcar „prezumția lipsei de responsabilitate penală”, care trebuie să fie cu atât mai puternic impusă ca probă cu cât copilul este mai aproape de vârsta de opt ani<sup>3</sup>; cât timp poate tânărul adus în fața Curții să profite de „beneficiul vârstei”, atunci când intenția a fost dovedită.<sup>4</sup> Tendința în recomandări în Anglia și în alte locuri este spre creșterea acestor vârste și mai ales a vârstei de deplină responsabilitate în fața legii.<sup>4</sup>

Ca și în lege, și în uzajul educațional și psihanalitic, există o incertitudine în privința vârstelor la care desemnările de antisocial, delicvent, infractor sunt adecvate. Pe drept, nu ar trebui să le aplicăm conflictelor celor mai timpurii ale copiilor cu mediul lor, chiar dacă aceste supărări constau într-un comportament indisciplinat și disruptiv și sunt extrem de deranjante pentru familie, adică pentru prima comunitate socială de care aparține copilul.

Presupusa lipsă de intenție criminală își are corespunător în psihanaliză în ideea conform căreia un copil nu poate fi apreciat ca purtându-se nici într-o manieră „socială”, nici „antisocială” înainte ca acesta măcar să fi dobândit capacitatea de a percepe și înțelege cadrul

<sup>2</sup> În Anglia, în prezent, până la vârsta de opt ani, până la care este considerat incapabil de intenție criminală și în imposibilitatea de a comite un delict, în sensul tehnic.

<sup>3</sup> În Anglia, în prezent, până la paisprezece ani.

<sup>4</sup> În Anglia, în prezent, de la paisprezece la șaptesprezece ani.

<sup>4</sup> În Anglia se recomandă în prezent ridicarea pragului de vârstă pentru posibilitatea intenției criminale la doisprezece, și mai târziu la paisprezece ani. În Statele Unite această vârstă a fost deja ridicată de la șapte la șaisprezece, optsprezece și chiar la douăzeci și unu în anumite State. Pe continentul european, paisprezece ani pare să fie vârsta medie. Internațional, criminaliștii au fost de acord că este „preferabil ca vârsta pentru aplicarea deplină a legii penale în țările europene să nu fie fixată sub optsprezece ani.”

Pentru aceste informații ca și pentru altele, vezi T. E. James (1962, pp. 124, 125, 129, 158-160). Pentru vârstele corespundente în Statele Unite vezi Neil Peck (1962).

social căruia îi aparține și să se poată identifica cu regulile ce îl guvernează. În acord cu legea, credem că achiziția acestor capacități este o funcție a unei vârste în creștere și a maturității, deși ne așteptăm să le vedem că se dezvoltă mai timpuriu și nu mai târziu de vârsta minimă stipulată prin lege. De asemenea, în acord cu procedura legală, oferim individului în dezvoltare „beneficiul vârstei” în evaluarea adaptării sociale, în măsura în care o privim pe aceasta din urmă ca pe un proces gradat, legat de dezvoltarea pulsionilor, a Eului și Supraeului și cu totul dependentă de cursul lor.

Dar, în pofida tuturor acestor convingeri teoretice, și în completă opoziție cu uzajul legal, când se ajunge la practica educațională și clinică, nu ne putem împiedica să gândim sau să vorbim chiar și despre copii sub cinci ani că se comportă antisocial, disocial etc., sau că prezintă „dissocialitate latentă” (Ainchorn, 1925). În mod evident, această practică se bazează pe ipotezele noastre că ar exista anumite nivele intermediare de adaptare socială pe care copilul ar trebui să le atingă la anumite vârste și că noi avem dreptul să ne îngrijorăm dacă în comportament nu este dată nici o dovadă manifestă a acestor progrese la momentele corespunzătoare, adică dacă cronologia așteptată a dezvoltării sociale gradate este întreruptă.

Conform concepțiilor noastre psihanalitice, reușita finală în dezvoltarea socială este rezultatul unor numeroase și variate progrese în dezvoltare. Este util să le enumerăm și să le examinăm în detaliu, deoarece definim în acest fel condițiile esențiale pentru prognosticul unei tulburări viitoare masive, la un moment în care sunt prezente doar semnele cele mai fine de dizarmonie, inegalitate a creșterii sau răspuns neadecvat la mediu. Aceasta încercare discreditează în mod efectiv și concepția despre dissocialitate ca o entitate nosologică care este bazată pe o cauză specifică, fie că aceasta este gândită ca fiind internă (cum ar fi „deficiența psihică” sau „nebunia morală”), fie externă (cum ar fi familii despărțite, neînțelegeri ale părinților, neglijență parentală, separări etc.). Abandonând gândirea în termeni de *cauze* specifice ale dissocialității, devenim capabili de a gândi din ce în ce mai mult în termeni de *transformări* reușite sau nereușite ale tendințelor și atitudinilor de indulgență față de propria persoană și asociale, care fac parte în mod normal din natura originală a copilului. Aceasta ajută la construirea liniilor de dezvoltare care duc la rezultate patologice, deși acestea sunt mai complexe, mai puțin bine definite și conțin o varietate

mult mai largă de posibilități decât liniile dezvoltării normale pe care am încercat să le stabilim în capitolul precedent.

### *Nou-născutul, ca o lege pentru el însuși*

Când nou-născutul își începe existența, nu este scutit de lege, dar reacțiile sale sunt guvernate de un principiu intern suprem, în funcție de care el întâmpină experiențele plăcute, respinge neplăcerea și luptă să reducă tensiunea. Este semnificativ pentru dezvoltarea sa ulterioară că el nu poate funcționa în cadrul acestui principiu al plăcerii, de unul singur, decât în măsura în care nevoile de gratificare și cererile instinctuale pot fi acoperite de propriul său corp, adică în zona limitată a satisfacției autoerotice. În măsura în care acestea sunt vizate (adică legănatul, suptul degetului, diferite forme de masturbare), el este și poate rămâne „propria sa lege”<sup>1</sup>.

### *Mama care are grijă, ca prim legiuitor*

De vreme ce în toate celelate privințe copilul este incapabil să-și satisfacă necesitățile prin propriile sale mijloace, principiul plăcerii, în pofida faptului că este o lege internă, găzduită în copil, trebuie să fie implementat din afară, de mama care are grijă și care furnizează sau retrace satisfacția. Pe baza acestei activități, ea devine nu doar primul obiect al copilului (anacletic, de satisfacere a nevoii), dar și primul său legiuitor extern. Primele legi externe cu care ea îl confruntă pe copil sunt *orarul* și *dozarea* satisfacțiilor sale. În această privință, modalitățile de îngrijire a copilului variază larg prin gradul în care fie este acordată atenție legilor înăscute, fie este exercitată o constrângere asupra lor. Exemple externe ale ultimei situații sunt regimurile în care neplăcerea este ignorată și plăcerea ținută la minimum, în interesul educării și condiționării nevoilor (cum este metoda Truby King); exemple ale primei situații sunt regimurile bazate pe scopul explicit de urmărire a principiului plăcerii, adică de reducere a neplăcerii și frustrării și de creștere a experiențelor plăcute, până la atingerea limitei posibilităților mamei (așa cum este hrănitul la cerere).

Nou-născuții au o șansă foarte mică, sau nici una, de a accepta sau

<sup>1</sup> Dacă nu se intervine neinspirat din partea mediului sau, după structurare, din cauza vinovăției.

refuza gestionarea ce a fost acordată nevoilor lor. Legislația mediului domnește, având în vedere că ei nu își pot întreține singuri existența. Totuși, primele înfruntări între bebeluș și mediu sunt purtate pe acest câmp de bătălie al îngrijirii corporale și ambii parteneri își formează primele impresii unul despre celălalt. Bebelușul resimte regimul ca pe o forță fie prietenoasă, fie ostilă, în funcție de sensibilitatea sau indiferența față de principiul plăcerii pe care mama o prezintă în aranjamentele sale. Mama, la rândul său, are o primă ocazie de a-și aprecia copilul fie ca pe unul supus, înțelegător, „facil“, fie ca pe un bebeluș încăpățânat, voluntar și „difcil“, în funcție de atitudinea mai bună sau mai rea cu care acesta se supune, obligat fiind, la reguli și reglementări benefice sau adverse pe care ea le impune satisfacției nevoilor lui.

#### *Controlul extern extins asupra pulsionilor*

O dată ce prima copilărie este depășită, discrepanțele între principiul plăcerii intern și realitatea externă se extind în mod gradat de pe tărâmul nevoilor corporale primare (de mâncare, căldură, confort fizic) la derivatele pulsionale principale (așa cum sunt cele sexuale pregenitale, agresiv-distructive, cât și cele posesiv-egoiste). Este la fel de natural pentru copilul mic să caute gratificarea tuturor acestora într-o manieră imperativă, imediată și cu o completă indulgență față de propria persoană, pe cât este de inevitabil pentru mediul adult să impună restricții ale satisfacției în funcție de dictatele realității, care includ evitarea punerii în pericol a copilul, a celorlalți oameni, a proprietății, sau mai târziu, a transgresării decențelor sociale obișnuite. Ciocnirile între aceste preocupări interne și externe se manifestă sub forma a numeroase acte de neascultare, indisciplină, răutate, crize de nervi etc, ale tânărului normal.

#### *Internalizarea controlului pulsional extern*

Satisfacerea dorințelor și pulsionilor, acceptarea sau respingerea acestora deținută de autoritatea externă echivalează cu dependența morală, care este astfel marca imaturității. Aproape întreaga formare a personalității și a caracterului, așa cum le știm noi, pot fi de asemenea văzute în termenii remedierii acestei situații umiltoare și a achiziționării de persoana matură a dreptului de a-și judeca propriile acțiuni. A crește

spre o astfel de independență morală nu este un proces lipsit de conflicte, desigur, ci dimpotrivă, și anume rezultatul unei lupte dinamice în care capacitățile și energiile aflate la dispoziția individului se dispun de o parte sau de alta. În ceea ce urmează, acestea vor fi descrise sub diverse titulaturi, în funcție de felul în care ajută sau împiedică procesul de socializare.

#### PRINCIPIILE FUNCȚIONĂRII PSIHICE ȘI ROLUL LOR ÎN SOCIALIZARE

Principiul plăcerii, în forma sa originală și în modificările sale mai târzii, și principiul realității sunt ambele legi interne, fiecare dintre ele fiind valid pe perioade, zone și preocupări specifice ale personalității. Principiul plăcerii, așa cum a fost descris mai sus, este o lege supremă în prima copilărie. După această perioadă, continuă încă să reglementeze întreaga funcționare care este strâns legată de procesele din Sine, cum este viața fantasmatică inconștientă sau, într-un grad mai redus, cea conștientă, visele nocturne și formarea de simptome în boala nevrotică și psihotică. Principiul realității guvernează toate întreprinderile normale ale Eului în timpul copilăriei mai târzii și în viața adultă. Ambele principii sunt concepte psihologice, cu scopul de a caracteriza diferite moduri de funcționare psihică. Inițial, ele nu au fost destinate a implica judecăți morale sau de valoare socială.

Pe de altă parte, implicațiile lor în dezvoltarea socială și morală sunt mult prea evidente pentru a fi neglijate. Funcționarea conform principiului plăcerii înseamnă acceptarea ca scop suprem a satisfacerii imediate și nediscriminative a pulsionii și a nevoii, fără a se ține seama de condițiile externe; este, în consecință, sinonimă cu a fi indiferent la normele mediului. Funcționarea conform principiului realității restrânge, modifică și amână gratificarea în interesul siguranței, adică lasă spațiu pentru evitarea consecințelor adverse care pot apărea din ciocnirile cu mediul. În consecință, primul este la fel de ferm legat cu comportamentul asocial, disocial, „iresponsabil“, pe cât este ultimul de esențial pentru adaptarea socială și pentru dezvoltarea de atitudini conforme cu legile. Totuși, ar fi greșit să se presupună că relația dintre principiul realității și socializare ar fi una simplă. August Aichhorn (1925) a fost primul care a remarcat că delinvenții și infractorii pot atinge un grad

ridicat de adaptare la realitate fără a plasa această capacitate în serviciul adaptării sociale. Este adevărat că comportamentul social nu se poate dezvolta dacă individul nu a progresat de la principiul plăcerii la principiul realității, dar afirmația nu este biunivocă, în sensul că acest avans în sine ar garanta socializarea.

Avansarea copilului de la principiul plăcerii la principiul realității implică o toleranță crescândă la frustrarea pulsionilor și dorințelor, la amânarea lor în timp, la inhibarea scopurilor lor, la deplasarea lor spre alte scopuri și obiecte, pentru acceptarea plăcerilor de substituit, toate fiind invariabil însoțite de o reducere cantitativă a satisfacerii dorinței. De fapt, această toleranță în creștere la frustrare a copilului este privită de mulți autori ca un factor decisiv în procesul socializării, iar absența sau deficiența sa sunt un motiv major de comportament disocial și delicvent. Această opinie, deși validă în interiorul unui cadru de referință limitat, este o suprasimplificare în cazul în care este aplicată la întregul proces al dezvoltării sociale, în raport cu care trebuie luate în considerare o multitudine de alte elemente de egală importanță.

#### DEZVOLTAREA FUNCȚIILOR EULUI CA O CONDIȚIE PRELIMINARĂ A SOCIALIZĂRII

Dacă procesul de socializare a individului depinde într-o mare măsură de avansarea de la principiul plăcerii la principiul realității, cel din urmă la rândul său depinde de funcțiile Eului ce trebuie să depășească în dezvoltare anumite nivele primitive pentru a face posibil acest avans. Senzațiile și percepțiile, de exemplu, trebuie să fie colectate și stocate în aparatul psihic sub forma *urmelor mnezice* înainte ca individul să poată acționa în funcție de experiență și de previziunea viitorului, adică să poată acționa într-un fel potrivit condițiilor realității. Senzațiile ce provin din lumea interioară, trebuie să fie distinse de precepțiile suscitade de stimulii externi, adică *realitatea* trebuie să fie *testată* și diferențiată de produsele fantasmiei pentru ca satisfacerea halucinatorie a dorinței să fie abandonată în favoarea acțiunii efective. *Vorbirea* și, împreună cu aceasta, introducerea *rațiunii* și *logicii* în procesul gândirii, reprezintă un avans enorm în socializare. Ele implică înțelegerea *cauzei* și a *efectului* care lipseau până în acel moment și fără de care regulile

mediului erau mai degrabă confuze pentru copil, apărând ca influențe exterioare ce impun o supunere mecanică. Acestea introduc de asemenea, încercarea acțiunii în gând, abilitând copilul să insereze raționamentul între apariția unei dorințe instinctuale și comportamentul ce țintește la îndeplinirea acesteia. Un alt pas important către socializare este făcut în momentul în care *acțiunile musculare* ale copilului trec sub *controlul* Eului rațional, în loc de a servi impulsurilor Sinelui. În final, se observă progrese esențiale în funcția integratoare a Eului. Acestea vor sintetiza ceea ce în viața bebelușului este un fascicul de impulsuri și atitudini haotice și îl vor transforma într-o unitate structurată cu o personalitate și un caracter propriu.

Această dezvoltare a funcțiilor Eului dincolo de nivelul procesului primar este la fel de relevantă pentru socializare, ca și pentru oricare dintre celelalte avansuri în dezvoltare. Nu ne așteptăm să descoperim atitudini sociale la bebeluși, în perioada preverbală sau înainte ca memoria, testarea realității, procesul secundar de gândire să fie stabilite. În egală măsură, nu așteptăm aceste atitudini de la indivizii cu deficiență mentală avansată sau de la cei cu un Eu alterat în vreun alt fel. De asemenea, ne așteptăm ca socializarea să fie anulată, când apar în viața de mai târziu regresii severe ale Eului ce vor diminua funcțiile Eului până la nivelele preverbale și ale procesului primar.

#### MECANISME ALE EULUI CE FAVORIZEAZĂ SOCIALIZAREA ULTERIOARĂ

Avansările descrise, de la principiul plăcerii la cel al realității și de la funcționarea psihică primară la cea secundară, servesc împreună la îngustarea discrepanței între legile interne și cele externe. Acestea vor fi incapabile să anuleze această discrepanță fără ajutorul unor mecanisme ale Eului care își bazează acțiunea pe legăturile libidinale ale copilului cu mediul. Mecanismele cele mai familiare acționând în această direcție sunt imitația, identificarea, introiecția.

*Imitația* atitudinilor parentale este cel mai timpuriu și mai primitiv dintre acestea, începând în prima copilărie și luând amploare o dată cu creșterea conștientizării lumii obiectale. Imitându-și părinții care îl îngrijesc, bebelușul reușește să se pună în rolul lor de figuri puternice

și admirate, ce sunt capabile să controleze magic fluxul și refluxul satisfacerii dorinței și a pulsionii, în conformitate cu reguli care, la acest stadiu, sunt misterioase și străine copilului.

*Identificarea* urmează acestor încercări de imitație începând din perioada preoedipiană, atâta timp cât acestea din urmă au avut un rezultat plăcut. Se bazează pe dorința de a poseda permanent anumite aspecte plăcute prin modificarea Sefului sau cel puțin a concepției copilului despre acesta, în direcția imaginii părinților. Astfel, idealurile sociale ale părinților, oricare ar fi acestea, sunt transpuse din lumea externă în cea internă unde vor prinde rădăcini ca Self Ideal al copilului și vor deveni un precursor important al Supraeului. A se simți una cu părintele în această privință restabilește, cel puțin pe tărâmul circumscris moralei, unitatea completă între bebeluș și mamă (simbioza) ce a existat la începutul vieții, înainte ca bebelușul să facă vreo distincție între Selful căutător de plăcere și lumea obiectală care oferă sau refuză plăcerea.

*Introeecția* autorității externe, adică parentale, este adăugată la această nouă instanță internă în timpul și după perioada oedipiană. Astfel, aceasta este înălțată de la statutul unui ideal mai degrabă dezirabil la acela al unui legiuitor real și eficient, adică Supraeul, care de aici înainte se va preocupa de reglementarea controlului pulsional din interior. El face aceasta recompensând un Eu compliant, cu sentimente de bine și de stimă de sine, și pedepsind un Eu rebel cu accese de conștiință și sentimente de vinovăție, înlocuind în acest fel dependența și frica de părinți, care reglementau pe vremuri comportamentul. Dar, chiar și cu această măsură de legiferare internă stabilită, Supraeul va avea nevoie de o susținere activă și de a fi în conformitate cu autoritatea externă pentru o îndelungată perioadă de timp.

#### ATTRIBUTE ALE SINELUI CA OBSTACOLE ÎN CALEA SOCIALIZĂRII

Eficacitatea creșterii Eului și a mecanismelor identificatorii și introiective poate crea o falsă imagine, și anume ne poate conduce la subestimarea obstacolelor pe drumul socializării, pe care fiecare individ trebuie să le depășească. Presiunea spre investirea, acceptarea și internalizarea normelor sociale este cu adevărat puternică, datorită legăturilor libidinale ale copilului cu părinții care sunt primii reprezentanți ai acestora. Pe de

altă parte, lupta copilului pentru împlinirea propriilor scopuri instinctuale este la fel de imperativă. Rămâne o mare dificultate pentru individ faptul că tendințele sale sexuale și agresive, așa cum sunt în viața infantilă, nu pot fi adecvate la normele culturale ale adultului, că ele trebuie modificate înainte de a face acest lucru și că socializarea cere, în consecință, de la copil o anumită cantitate de alienare de la și împotriva a ceea ce el simte în mod legitim ca fiind Selful său cel mai autentic.

Ar trebui, pe de altă parte, recunoscut că unele dintre modificările necesare nu sunt efectul conflictului și al efortului, ci apar mai mult sau mai puțin spontan în cursul creșterii naturale și al maturizării.

Fantasmelor canibalice timpurii, de exemplu, se pare că li se face față prin refulare primară, înainte de a se fi format un Eu și un Supraeu eficient. În mod echivalent, agresivitatea nediscriminată și distructivitatea copilului sunt legate, îmblânzite și făcute controlabile nu prin gestionarea de către mediu sau din interior, ci prin procesul spontan de a fi fuzionate cu și aduse în serviciul libidoului. Chiar și anumite înclinații anale spre mirosuri, atracția pentru excremente și alte materii murdare, dacă nu sunt eronat gestionate sau exagerat accentuate și perpetuate de mediu, ele sunt aproape inevitabil deplasate și neutralizate în sublimări acceptabile cultural.

Cu toate astea este esențial de remarcat că, în mod normal, cele mai multe dintre pulsuniile parțiale infantile sunt mai persistente și, în consecință, crează inițial conflict cu mediul, mai târziu cu instanțele Eului, în măsura în care acestea sunt orientate de mediu. Astfel, copilul nu mai privește componentele pulsionale ca pe sursele principale de plăcere, ci le cercetează în baza faptului de a fi potrivite sau nepotrivite, acceptabile sau inacceptabile din punctul de vedere moral al mediului. Nu există nici o îndoială că lăcomia, revendicativitatea, posesivitatea, gelozia extremă și competitivitatea, impulsurile de a ucide rivalii și figurile frustrante, adică toate elementele normale ale vieții instinctuale infantile, devin nuclee ale disocialității de mai târziu, dacă li se permite să rămână nemodificate, iar creșterea socială implică adoptarea unei atitudini necompliance, defensive față de acestea. Ca un rezultat al apărării din partea Eului, este faptul că unele sunt eliminate din Selful conștient cu totul (prin refulare); altele sunt transformate în opusele lor, care sunt mai acceptabile (prin formațiune reacțională) sau direcționate spre scopuri noninstinctuale (prin sublimare); alte elemente sunt îndepărtate din contextul Sefului și deplasate asupra imaginii altor oameni (prin

proiecție); componentele falice cele mai avansate și mai plăcute sunt reprogramate pentru satisfacere într-un viitor îndepărtat etc.

Procesele de socializare, în timp ce protejează în mod cert copilul împotriva tendințelor delicvente potențiale, tot atunci restricționează, inhibă și sărăcesc natura sa originară. Acesta nu este un rezultat accidental, datorat — așa cum sugerează anumiți autori — folosirii neinspirate a mecanismelor de apărare „patologice” (cum ar fi refularea, formațiunea reacțională etc.) în locul „mecanismelor” de adaptare „sănătoase” (cum ar fi deplasarea, sublimarea); nici nu se datorează insistenței parentale pe apărare ca opusă unei desfășurări libere a personalității copilului. De fapt, toate mecanismele de apărare servesc simultan restricției pulsionale interne și adaptării externe, care sunt mai degrabă două fețe ale aceleiași imagini. Nu există antiteză între dezvoltare și apărare, din moment ce întărirea Eului și organizarea sa defensivă este ea însăși o parte esențială a creșterii copilului și comparabilă în importanță cu desfășurarea și maturizarea pulsioniilor. Anteteza reală își are rădăcinile mult mai profund și chiar inevitabil în scopurile înseși ale dezvoltării, și anume, libertatea individuală deplină (implicând activitate pulsională liberă) *versus* complianță la normele sociale (implicând restricție pulsională). Dificultatea de a combina aceste elemente opuse este în mod corect privită ca unul dintre cele mai mari obstacole în calea unei socializări de succes.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> În locul diferențierii între apărare și adaptare și a etichetării mecanismelor Eului folosite ca patologice sau normale, este preferabil să se distingă între diferitele lor rezultate; acestea depind de o varietate de factori cum ar fi următorii:

(a) *Adecvarea la vârstă*. Apărările au propria lor cronologie, chiar dacă este una aproximativă. Sunt mult mai predispuse să ducă la rezultate patologice dacă sunt folosite înainte de vârsta potrivită sau dacă sunt păstrate mult după această vârstă. Exemple sunt negarea și proiecția, care sunt „normale” în prima copilărie și conduc la patologie în anii de mai târziu; sau refularea sau formațiunea reacțională, care invalidează personalitatea copilului dacă sunt folosite prea timpuriu.

(b) *Echilibrul*. Organizarea defensivă cea mai sănătoasă este una în care diferitele metode sunt folosite pentru diverse situații de pericol apărute din Sine și nici un mecanism singur nu predomină până la punctul de a le exclude pe celelalte.

(c) *Intensitatea*. Depinde de factori cantitativi, mai mult decât de cei calitativi, dacă apărarea conduce la formarea de simptom mai degrabă decât la o adaptare socială sănătoasă. Orice insistență asupra restricției pulsionale, fără a conta mecanismul folosit, conduce inevitabil la rezultate nevrotice.

(d) *Reversibilitatea*. Activitatea defensivă solicitată spre a îndepărta pericolele în trecut nu ar trebui menținută în prezent, când pericolul poate să fi devenit inexistent.

### Eșecuri ale socializării

Multitudinea factorilor implicați în procesul de socializare își găsește corespondent în multitudinea tulburărilor care îl afectează. După cum a fost prezentat în paginile precedente, gestionarea externă din partea părinților și influențele interne din partea pulsioniilor, a dezvoltării Eului și Supraeului își aduc contribuțiile lor la rezultatul final. Prima variază în funcție de elementele culturale, familiale și individuale; ultimele sunt subiect al variațiilor în timp, la fel de bine ca și al opririlor, regresiiilor și al altor vicisitudini ale dezvoltării. În conformitate, diferențele între indivizi cu privire la cronologia, consistența și scopul dezvoltării Supraeului sunt considerabile și devine folositor a gândi în termenii variațiilor formării Supraeului, mai degrabă decât în termenii deviației de la o normă ipotetic fixată.

Până acum, mulți factori și multe constelații sunt recunoscute ca ducând mai târziu la disocialitate și sunt tratate ca atare în literatură. Faptul că eșecul în desăvârșirea dezvoltării Eului, din motivele oferite mai sus, are drept rezultat o socializare defectuoasă, este atestat de numărul mare de delicvenți și infractori care, la examinarea psihologică, sunt descoperiți având o mentalitate primitivă, infantilă, retardată, defectivă, deficientă, cu coeficienți de inteligență scăzuți.<sup>1</sup>

Mulți autori au subliniat (Aichhorn, 1952; Augusta Bonnard, 1950) că *disocialitatea și infracționalitatea părinților* sunt încorporate în Supraeul copilului prin mijloacele identificării normale cu ei. Asupra faptului că tulburările severe ale socializării apar când *identificarea* cu părinții este *întreruptă* de separări, respingeri și alte interferențe în legătura emoțională cu ei, August Aichhorn (1950) a insistat pentru prima oară, John Bowlby a adus numeroase dovezi (1944) și a fost în general acceptat ca un fapt stabilit.

În ansamblu, factorii calitativi în lupta copilului pentru socializare primesc mai multă atenție decât cei *cantitativi*, deși nici ultimii nu sunt mai puțin responsabili pentru numărul de crize de adaptare socială care survin în copilărie. Orice alterare a forței, fie a instanțelor Sinelui, fie a Eului, poate strica echilibrul social precar al copilului. Dacă dintr-un motiv oarecare Eul său este slăbit, va fi incapabil să controleze activitatea pulsională normală într-o manieră adecvată vârstei, va regresa la căutarea

<sup>1</sup> Vezi J. J. Michaels (1955) asupra caracterului impulsiv delicvent.

plăcerii, la atitudini indulgente față de propria persoană din momente mai timpurii, adică va deveni disocial în comportament. Dacă are loc o creștere cantitativă a activității pulsionale în general, sau în orice componentă pulsională în particular, eforturile și apărările Eului său normal vor fi ineficiente în a le controla. Pe de altă parte, astfel de alterări cantitative sunt la ordinea zilei și fac parte în mare măsură din viața normală, oricare ar fi rezultatele lor. Eul unui copil este slăbit de durere fizică, de boală, de angoasă, de evenimente supărătoare, de orice solicitare emoțională etc. Schimbările în intensitatea pulsionii sunt provocate fie de mediu, prin seducție, expunere la observații, indulgență excesivă sau frustrare, fie din interior, prin tranziții de la un nivel de dezvoltare la altul.<sup>1</sup> În timp ce acești factori cantitativi sunt în flux constant, nici o atitudine socială adoptată de copil, nu ar trebui luată drept una definitivă.

Urmărind literatura asupra subiectului, descoperim că este uzual ca nu componentele sexualității infantile, ci ale agresivității infantile să fie cele considerate ca o amenințare la adresa socializării. Deși convingătoare la suprafață, această viziune nu rămâne în picioare la o examinare mai aprofundată. În realitate, luptele agresive, dacă sunt intricate pe calea normală cu cele libidinale, constituie influențe socializatoare, mai degrabă decât contrariul. Ele furnizează forța și tenacitatea inițiale prin care copilul întâlnește lumea obiectală și se va păstra conectat la ea. În evoluția ulterioară, ele susțin ambiția de a-și însuși calitățile și puterile părinților, la fel de bine ca și dorința de a fi mare și independent. Ulterior, ele împrumută severitate și tărie morală Supraeului în raporturile acestuia cu Eul, fiind detașate de obiecte și plasate la dispoziția Supraeului.

Agresivitatea devine o amenințare la adaptarea socială doar atunci când apare în cultură pură, fie ne-intricată cu libidoul, fie dezintricată de el. Cauza acestui fapt nu rezidă de obicei, în pulsionarea agresivă în sine, ci în procesele libidinale care poate nu s-au dezvoltat suficient pentru sarcina de a atenua și lega agresivitatea sau care și-au pierdut această capacitatea la un anumit punct în dezvoltarea copilului, datorită dezamăgirilor în raport cu obiectul iubirii, respingerilor reale sau

imaginare, pierderii obiectului etc. Un pericol special de dezintricare este reprezentat de faza sadic-anală, în timpul căreia agresivitatea atinge un vârf normal și utilitatea sa socială este în mod special dependentă de asocierea sa strânsă cu cantități egale de libido. Orice criză emoțională în acest moment eliberează sadismul normal al copilului de porțiunile libidinale intricate, astfel încât acesta devine distructivitate pură și, astfel, se întoarce împotriva obiectelor însuflețite sau neînsuflețite, la fel de bine ca și împotriva Sefului. Ceea ce se întâmplă atunci este faptul că atitudinile pe jumătate în joacă, provocatoare, voluntare ale copilului care tocmai a început să meargă devin fixate în personalitate sub forma unor tendințe spre ceartă, înclinația spre cruzime și o preferință pentru relații mai degradate decât prietenoase cu semenii săi. Și mai important este faptul că agresivitatea în această formă dezintricată nu este controlabilă nici din exterior, de părinți, nici din interior, de Eu și Supraeu. Dacă intricarea nu este restabilită prin întărirea proceselor libidinale și prin noi atașamente obiectuale, tendințele distructive devin o cauză majoră de delicvență și infracționalitate.

### *Trecerea de la standardele familiale la cele ale comunității*

Procesele de imitație, identificare și introiecție care au loc înainte, în timpul și după complexul oedipian nu fac altceva decât să asigure copilului internalizarea standardelor parentale. Deși aceste procese sunt indispensabile ca un pas pregătitor al adaptării viitoare la o comunitate de adulți, ele nu oferă nici o asigurare prin ele înseși că această adaptare va fi în cele din urmă atinsă, nici chiar în acele fericite situații, în care standardele familiei și cele ale comunității coincid.

Normele morale pe care este bazată viața de familie sunt acceptate de copil, din două motive. Pe de o parte, ele sunt reprezentate de figurile părinților, pe care copilul îi iubește și cu ale căror atitudini se poate identifica; pe de alta, ele îi sunt prezentate într-o manieră foarte personală de părinții care se identifică cu el într-un mod narcisic, prezintă simpatie pentru ciudățeniile sale și empatie instinctivă față de dificultățile și particularitățile sale. Propria lor implicare emoțională alături de copil îi oprește să îi impună cerințe care sunt peste orizontul de înțelegere al copilului sau, în mod evident, dincolo de capacitatea sa de a li se supune. În acest fel, acasă, i se acordă fiecărui copil, nu doar „beneficiul vârstei”, ci și beneficiile datorate personalității sale specifice

<sup>1</sup> Compară, de exemplu, cantitatea de activitate pulsională din timpul latenței cu perioadele anterioare și ulterioare. Scăderea presiunii pulsionilor din acel moment corespunde nivelului înalt de răspunsuri sociale din timpul latenței.



și ale poziției sale specifice în cadrul familiei. Este adevărat că această stare de fapt se poate transforma într-un handicap, în măsura în care conduce copilul la a aștepta ca pe un drept al său faptul de a-i fi arătată o toleranță similară și în viața de mai târziu; dar este de asemenea adevărat că instanțele Eului imatur au nevoie de această indulgență pentru a iniția și a crește atitudinea lor pozitivă, receptivă la mediu.

Oricum ar fi aceasta, copilul păstrează doar câteva dintre aceste privilegii inițiale o dată cu trecerea de la statul acasă la mersul la școală. Regulile școlare mai au încă o aromă personală atâta timp cât sunt reprezentate de imaginea profesorului pe care, în condiții favorabile, copilul îl place, sau iubește, sau admiră și îl folosește în consecință ca pe un obiect de identificare. Pe de altă parte, regulile școlare țin cont prea puțin sau deloc de diferențele între indivizi. Copiii sunt clasificați în funcție de nivelul de maturitate, în sensul că diferite standarde sunt aplicate la grupe diferite de vârstă, dar în interiorul grupei de vârstă se așteaptă ca toți copiii să se conformeze unei reguli comune, oricare ar fi sacrificiul pe care l-ar presupune aceasta pentru personalitățile lor. Din acest motiv, mulți copii găsesc dificil de realizat tranziția de la statul acasă la mersul la școală. Faptul că s-au identificat și s-au conformat cu succes primeia, nu reprezintă o garanție în sine că se vor identifica și conforma și cu cea din urmă. Un copil bine adaptat în familie nu este în mod necesar și un copil bine adaptat la școală, și invers.

O dată cu mișcarea ulterioară a adolescentului de la școală spre comunitatea adultă, normele legale devin, în cele din urmă, impersonale. „A fi egal în fața legii“, nu este doar un avantaj pentru individ, ci implică de asemenea că toate cererile de beneficii, privilegii, tratament preferențial pe baze personale trebuie abandonate. Rămâne un pas dificil și unul neatins de oricine, acela de a accepta că comunitatea își impune legile și pedepdește transgresiunile fără să țină seama de sacrificiul plăcerii pe care acest fapt îl presupune din partea individului, fără să-i pese de nevoile, dorințele, complexitățile sale personale și fără referință la statutul său intelectual și caracterial, care fie îl face potrivit, fie îl face incapabil să se supună legii. Până acum, singurele excepții recunoscute de lege sunt două cazuri extreme, idiotul și nebunul, pe baza presupusei lor incapacități de a distinge între bine și rău.

Spre deosebire de regulile morale de bază care sunt încorporate în Supraeu, codurile legale prin natura lor impersonală, complexă și formală, nu devin parte a lumii interne a individului. Ceea ce este

așteptat ca funcționarea Supraeului să asigure, nu este identificarea individului cu conținutul fiecărei legi în parte, ci acceptarea și internalizarea existenței unei norme ce guvernează în general. În această privință, în atitudinea sa față de lege, omul obișnuit perpetuează poziția infantilă a unui copil neștiutor și supus față de părinții săi, care sunt omniscienți și omnipotenți. Delicventul sau criminalul perpetuează atitudinea copilului care ignoră, diminuează sau depreciază autoritatea parentală și acționează în sensul sfidării acesteia.

Există de asemenea anumiți indivizi aparte, ale căror exigențe morale față de ei înșiși sunt mai înalte și mai stricte decât orice așteaptă de la ei sau le-ar impune mediul. Ei își obțin standardele prin identificare cu o imagine ideală a părinților, mai degrabă decât prin a se identifica cu persoanele reale reprezentate de părinții lor, și își impun aceste reguli prin intermediul unui Supraeu care este excesiv de sever datorită interiorizării a aproape întregii cantități de agresivitate disponibilă. Astfel de indivizi se simt în siguranță în judecarea și reglementarea interioară a propriului lor comportament, pe care ei îl știu ca fiind deasupra și dincolo de norma comună. În modul indirect și ocolit al dezvoltării unui caracter extrem (și adesea obsesional) ei au reușit în a mai deveni o dată ceea ce au fost, pe când erau copii mici, și anume o „lege pentru ei înșiși“.

## HOMOSEXUALITATEA CA O CATEGORIE DIAGNOSTICĂ ÎN TULBURĂRILE COPILULUI

Unele dintre discuțiile care se aplică disocialității pot fi folosite cu anumite modificări în cazul manifestărilor homosexuale la copii. Există o incertitudine similară în ceea ce privește vârsta la care termenul de homosexualitate poate fi folosit în mod legitim. Există legături similare între manifestările homosexualității și stadiile dezvoltării normale. Există o dificultate similară în prognosticul homosexualității propriu-zise la adult, adică în stabilirea unor conexiuni valide între anumite stadii preliminare care sunt vizibile în copilărie și rezultatul sexual final anormal.

Din momentul publicării celor „Trei eseuri asupra sexualității“, în 1905, o literatură psihanalitică din ce în ce mai vastă s-a dedicat fenomenologiei homosexualității, dintr-o varietate de unghiuri. Nu toate acestea sunt relevante pentru copil. Distincția importantă între

homosexualitatea manifestă și cea latentă, de exemplu, se aplică comportamentului sexual al adulților și nu poate fi păstrată în aceeași formă atunci când este aplicată masturbării reciproce sau altor jocuri sexuale între copii sau chiar adolescenți. Distincția între homosexualitatea pasivă și cea activă, sau mai degrabă între fantasmele subiacente pasive sau active, se referă la poziții ale partenerilor în actul sexual în sine, adică în practici de după adolescență. Întreaga dezbatere extinsă privitoare la reversibilitate se aplică de asemenea doar adultului, pentru care modul său homosexual de viață este fie ego-disonic, și în consecință accesibil analizei, fie ego-sintonic, situație în care tratamentul este evitat sau căutat doar în urma unor presiuni externe.

Pe de altă parte, există o serie de chestiuni privitoare la homosexualitate care sunt la fel de remarcabile în literatură și care sunt de mare relevanță pentru analistul de copii în sensul în care el poate extrage din ele indicii utile pentru evaluările sale, sau date contributive la soluțiile din propriile descoperiri. Aceste chestiuni tratează trei subiecte: *topica alegerii de obiect*; *reconstrucțiile* din analizele adulților și semnificația lor pentru prognosticul homosexualității în evaluările copilului; și întrebarea generală asupra *cauzalității* homosexualității și a raportului între elementele innăscute și cele dobândite.

### *Alegerea de obiect: factorul vârstă*

Faptul că copiii de ambele sexe realizează atașamente libidinale față de obiectele de iubire, este una dintre propozițiile de bază ale teoriei psihoanalitice a sexualității infantile. În fiecare perioadă a copilăriei, alegerea de obiect este guvernată de reguli, nevoi și necesități diferite, după cum vor arăta descrierile care urmează. Astfel, atașamentele de persoane de același sex sunt la fel de normale ca și atașamentele față de sexul opus, și nu pot fi considerate ca premergătoare homosexualității de mai târziu.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> „În mod contrar, psihoanaliza consideră că alegerea unui obiect, independent de sexul obiectului — libertatea de a se atașa în mod egal de obiecte masculine și feminine — așa cum este ea regăsită în copilăria omului, în stadiile primitive ale societății și în perioadele timpurii din istorie, este baza originală de la care se dezvoltă ca un rezultat al unei restricții într-o direcție sau în alta, ambele tipuri, atât cel normal cât și cel inversat” (S. Freud, 1905, p. 145f; notă de subsol adăugată în 1915).

*Bebelușii*, la începutul vieții, își aleg obiectele pe baza funcției și nu a sexului. Mama este investită cu libido pentru că ea este cea care îngrijește, este furnizorul satisfacerii nevoilor, iar tatăl este simbolul puterii, al protecției, posesorul mamei etc. O „relație maternă” este adesea realizată cu părintele masculin în cazurile în care el preia rolul de satisfacere a nevoilor, sau o „relație paternă” cu părintele feminin, în cazurile în care ea este puterea dominantă în familie. În această manieră, bebelușul normal, de sex masculin sau feminin, are atașamente de obiect la ambele figuri, atât cea feminină cât și cea masculină. Deși, în sensul strict al termenului, bebelușul nu este nici hetero-, nici homosexual, el poate fi descris ca fiind ambele.

Faptul că funcția și nu sexul obiectului decide aceste relații este evidențiat, de asemenea, prin transferul din tratamentul analitic, unde sexul analistului nu este o barieră împotriva deplasării relațiilor materne și paterne asupra terapeutului.

În afara acestei alegeri de obiect de tip anaclitic, este totuși evident că *componentele tendințelor pregenitale* depind în satisfacerea lor nu de aparatul sexual al partenerului, ci de alte calități și atitudini. Dacă acestea sunt găsite la mamă și dacă pe baza lor ea devine obiectul principal de iubire al copilului, atunci băiatul, în fazele orală și anală, este „heterosexual”, iar fata „homosexuală”; dacă ele sunt găsite la tată și nu la mamă, poziția este inversată. În oricare dintre cazuri, o alegere de obiect determinată de calitatea și scopul componentei pulsionale dominante este adecvată fazei și este normală, indiferent dacă relația rezultată este heterosexuală sau homosexuală.

În contrast cu stadiile precedente, sexul obiectului devine de mare importanță în *faza falică*. Supraestimarea penisului, adecvată vârstei, induce atât băieților cât și fetelor faptul de a-și alege parteneri care posedă un penis, sau cel puțin se presupune că ar avea (așa cum este mama falică). Orice curs ar urma tendințele lor pulsionale, ei nu se pot sustrage „de la o clasă de obiecte definite de un determinant particular”.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> „... la fel ca și micul Hans, care își arăta afecțiunea nediscriminată față de băieții și de fetițe, și care l-a descris odată pe prietenul Fritzl ca „fetița pe care o îndrăgea cel mai tare”. Hans era un homosexual (așa cum pot fi foarte bine toți copii), ținând cont și de faptul ce trebuie păstrat întotdeauna în minte, că *el nu cunoștea decât un singur fel de organ sexual* — un organ genital ca al său” (S. Freud, 1909, p. 110).

Complexul oedipian în sine, atât în forma sa pozitivă cât și în cea negativă, este bazat pe recunoașterea diferențelor sexuale și, în interiorul său, copilul își face alegerea de obiect într-o manieră adultă, pe baza sexului partenerului. Complexul oedipian pozitiv, cu părintele de sex opus ca obiect preferat de iubire, corespunde atât de strâns heterosexualității adulte, pe cât corespunde complexul oedipian negativ homosexualității adultului. În măsura în care ambele manifestări sunt fenomene ale dezvoltării normale, ele sunt neconcludente pentru patologia ulterioară; ele satisfac pur și simplu nevoile legitime bisexuale ale copilului. Totuși, pentru fiecare copil, accentul poate fi pus fie pe atitudinile pozitive, fie pe cele negative, iar aceste diferențe cantitative pot fi luate ca indicatori de prognostic pentru viitor. Acestea revelează preferințe importante pentru unul sau altul dintre cele două sexe, care își au rădăcinile în experiențele preoedipiene. Pe de o parte, personalitățile părinților și propriul lor succes sau eșec în rolurile lor sexuale și-au lăsat amprenta, pe calea identificărilor care au urmat iubirii de obiect. Pe de altă parte, fixațiile la tendințele sadic-agresive împing băiatul în direcția complexului oedipian pozitiv și a homosexualității de mai târziu, așa cum fixațiile la conflictele pasive orale și anale îl împing spre complexul oedipian negativ și, poate, spre homosexualitate, mai târziu.

Comportamentul copilului, în ansamblu, în timpul perioadei falic-oedipiene anunță mai direct ca în alte perioade înclinațiile sale viitoare privitoare la rolul sexual și la alegerea de obiect sexual.

O dată ce intrarea în perioada de latență este făcută, acest aspect particular al vieții libidinale a copilului dispare încă o dată din vedere. Există, desigur, în acest moment, rămășițe nemodificate ale complexului oedipian care determină atașamentele, în mod special la copiii nevrotici, care au fost incapabili să rezolve și să dizolve relațiile lor oedipiene cu părinții. Dar în afară de acestea, există tendințele inhibitate în raport cu scopul, adecvate vârstei, deplasate sau sublimite, pentru care identitatea sexuală a partenerului devine din nou o chestiune comparativ indiferentă. Drept dovadă a acesteia din urmă sunt relațiile copilului în perioada de latență cu profesorii, care sunt iubiți, admirați, plăcuți sau respinși, nu pentru că sunt bărbați sau femei, ci pentru că sunt figuri care fie ajută, apreciază, inspiră, fie sunt severe, intolerante și producătoare de angoasă.

Evaluările diagnosticianului în această perioadă sunt și mai intens

expuse confuziei prin faptul că alegerea de obiect cu privire la cei de aceeași vârstă se produce pe linii opuse acelor obișnuite de la adult. Băiatul care caută exclusiv companie masculină și evită și disprețuiește fetele nu este viitorul homosexual, oricare ar fi similitudinile din comportamentul manifest. În mod contrar, o astfel de agățare de persoanele masculine și retragere și dispreț față de femei poate fi considerată o emblemă a băiatului normal în latență, adică a viitorului heterosexual. La această vârstă, tendințele homosexuale viitoare sunt trădate mai degrabă de preferința pentru jocul cu fetele și de aprecierea și împroprietărirea cu jucăriile lor. Această inversiune a comportamentului este luată drept sigură la fetele în latență, care caută compania băieților nu dacă sunt feminine, ci dacă sunt ele însele „băiețoi”, adică pe baza invidiei lor de penis și a dorințelor masculine, și nu pe baza dorințelor feminine, de relație cu sexul opus. Ceea ce apare în comportamentul manifest ca trăsături homosexuale sunt, de fapt, unele heterosexuale, și viceversa. Ceea ce trebuie amintit în legătură cu asta, este că alegerea tovarășilor de joacă în perioada de latență (adică alegerea de obiect printre cei de-o vârstă) este bazată pe identificarea cu partenerul și nu pe iubirea propriu-zisă de obiect, adică pe egalitatea cu aceștia, care poate sau nu să includă egalitatea de sexe.

În *preadolescență* și *adolescență*, în cele din urmă, se știe că episoadele homosexuale survin mai mult sau mai puțin regulat și că există alături de cele heterosexuale, fără a fi prin ele însele semne prognostice valide. Aceste manifestări trebuie înțelese în parte ca recurențe ale legăturilor obiectale pregenitale ale copilului mic, nediferențiate din punct de vedere sexual, care devin valide încă o dată în preadolescență, la un loc cu retrăirea multor altor atitudini pregenitale și preoedipiene. Alegerea de obiect homosexuală în adolescență se datorează de asemenea și regresiei adolescentului de la investirea obiectului la iubirea față de propria persoană și la identificarea cu obiectul. În această ultimă privință, obiectul adolescentului reprezintă în multe cazuri nu doar Selful real al individului, ci și idealul propriului Self, un concept care include invariabil noțiunea ideală a adolescentului despre propriul rol sexual. Relațiile adolescentului formate pe această bază prezintă toate semnele exterioare ale iubirii de obiect homosexuale și sunt acceptate în mod frecvent ca adevărate stadii premeditoare ale homosexualității adulte. Dar ele sunt, metapsihologic, fenomene narcisice care sub această formă aparțin variatei simptomatologii

schizoide a adolescenței și care sunt mult mai semnificative ca indicatori ai profunzimii regresiei, decât ca indicatori de prognostic pentru viitorul rol sexual al individului.

### *Prognostic versus reconstrucție*

În comparație cu numărul redus de indicii prognostice ce pot fi găsite de-a lungul dezvoltării libidoului copilului, există o mulțime de date relevante reconstruite în analizele homosexualilor adulți care permit legarea diverselor manifestări de homosexualitate latentă sau manifestă la rădăcinile lor infantile. În literatura consacrată, originea homosexualității este discutată cu privire la următoarele zone de dezvoltare a personalității, perioade și experiențe:

- natura înăscută a individului, adică bisexualitatea ca bază instinctuală a homosexualității (Freud, 1905, în special nota de subsol adăugată în 1915, 1909; Bohm, 1920; Sadger, 1921; Bryan, 1930; Nunberg, 1947; Gillespie, 1964);
- narcisismul individului, care crează nevoia de a alege un partener sexual după imaginea lui însuși (Ferenczi, 1911, 1914; Freud, 1914; Bohm, 1933);
- legăturile homosexualității cu fazele pregenitale orală și anală (Bohm, 1933; Grete Bibring; Sadger, 1921; Lewin, 1933);
- supraestimarea penisului în faza falică (Freud, 1909; Sadger, 1920; Jones, 1932; Lewin, 1933; Loewenstein, 1935; Fenichel, 1936; Pasche, 1964);
- influența iubirii excesive și a dependenței în raport cu mama sau cu tatăl, sau ostilitatea extremă față de unul dintre ei (Freud, 1905, 1918, 1922; Sadger, 1921; Weis, 1925; Bohm, 1930, 1933; Wulff, 1941);
- observarea traumatică a organelor genitale feminine și a menstruației (Daly, 1928, 1943; Nunberg, 1947)
- invidia față de corpul mamei (Bohm, 1930; Melanie Klein 1957);
- gelozia față de frații rivali care sunt transformați, în consecință, în obiecte de iubire (Freud, 1922, Lagache, 1950); etc.

În pofida tuturor acestor numeroase și bine documentate legături între trecutul infantil și prezentul adult, judecata nu poate fi inversată, și datele reconstruite nu pot fi folosite pentru reperarea precoce a dezvoltării homosexuale la copii. Motivul pentru care nu se poate face astfel devine evident ori de câte ori unul dintre tipurile de homo-

sexualitate este examinat în detaliu, cum ar fi de exemplu homosexualitatea masculină de tip pasiv feminin, a cărei psihopatologie a fost în mod particular studiată în multe analize terapeutice.

Acest tip de homosexualitate este caracterizat prin faptul că este legată de mamă, prin faptul că subiectul nici nu dorește, nici nu poate avea relații sexuale cu femeile și prin activitatea sexuală cu bărbați, de obicei de categorie socială inferioară, care sunt căutați datorită faptului că posedă atribute corporale masculine foarte evidente, cum ar fi o importantă forță musculară, un corp păros etc. Atunci când este analizată, acestei simptomatologii homosexuale îi pot fi urmărite rădăcinile într-un atașament pasionat față de mamă care a dominat întreaga copilărie de la faza orală, prin cea anală și până după cea falică; într-o oroadă față de corpul feminin dobândită de obicei în mod traumatic prin descoperirea organelor genitale ale mamei sau ale unei surori și într-o perioadă de admirație pasionată a penisului tatălui.

Aceste elemente, care sunt, dincolo de orice îndoială, influențe patologice în trecutul unui homosexual, nu pot în nici un fel să fie folosite ca prognostic al homosexualității atunci când ele fac parte din tabloul clinic al unui copil. Departe de a fi manifestări anormale sau măcar neobișnuite, ele sunt, dimpotrivă, părți obișnuite, chiar indispensabile ale echipamentului de dezvoltare al oricărui băiat. Legătura strânsă cu mama, care îl devastează pe viitorul homosexual prin creșterea fricii sale de tatăl rival, prin sporirea angoasei sale de castrare și prin impunerea regresiei la dependența anală și orală, este în același timp și binecunoscuta piesă centrală a complexului oedipian pozitiv și, în acest fel, un stadiu premergător normal al heterosexualității adulte. Șocul pe care fiecare băiat îl trăiește la prima confruntare cu organele genitale feminine și care crează în homosexualul de mai târziu o aversiune persistentă față de orice atracție față de sexul feminin, este un eveniment obișnuit și inevitabil din moment ce el pornește de la credința că fiecare ființă umană are un penis, ca și el însuși. În mod normal, descoperirea diferenței dintre sexe nu înseamnă nimic mai mult pentru băiețel decât o creștere temporară a angoasei de castrare; aceasta poate chiar acționa ca o întărire sănătoasă a apărărilor sale împotriva propriilor dorințe și identificări feminine, poate întări mândria de a poseda un penis și cel mai frecvent va da naștere sfidării pline de milă față de femeia castrată, ceea ce reprezintă o caracteristică cu adevărat masculină a băiețelului falic. Până la urmă, admirația penisului

mai mare al bărbatului, care domină viața amoroasă a acestui tip de homosexual pasiv până la excluderea a orice altceva, este o stație intermediară normală în relația fiecărui băiat cu tatăl lui. Viitorul homosexual rămâne fixat aici și continuă să înzestreze obiectele sale masculine cu toate semnele dezirabile ale puterii și potenței masculine, în timp ce băiatul normal depășește acest stadiu, se identifică cu tatăl ca posesor al penisului și achiziționează caracteristicile masculine și atitudinile heterosexuale de la acesta, folosindu-le pentru propria sa persoană și pentru viitoarea sa identitate sexuală.

Cu alte cuvinte, faptul că anumite elemente din copilărie au condus în anumite cazuri la un anumit rezultat homosexual nu exclude un rezultat diferit sau chiar opus în alte cazuri. În mod evident, ceea ce determină direcția dezvoltării, nu sunt evenimentele și constelațiile majore infantile prin ele însele, ci o multitudine de circumstanțe adiacente, cu consecințe dificil de judecat atât retrospectiv în analiza adultului, cât și prognostic, în cadrul evaluării copilului. Acestea includ factori cantitativi și calitativi, interni și externi. Faptul că iubirea unui băiat pentru mama lui să fie un prim pas pe drumul său către bărbăție sau ca aceasta să îl facă să-și refuleze masculinitatea sa agresivă de dragul ei, depinde nu doar de el însuși, adică de natura sănătoasă a conflictelor sale falice; de intensitatea dorințelor și fricilor sale de castrare și de cantitatea de libido rămas la puncte de fixație mai timpurii. Rezultatul mai depinde și de personalitatea și acțiunile mamei, de cantitatea de satisfacție și frustrare pe care ea i-o administrează oral și anal, în timpul hrănirii și educației sfincteriene, de propria ei dorință de a-l păstra dependent de ea, sau în propria ei mândrie față de obținerea de către el a independenței și, în cele din urmă, dar nu pe ultimul loc, de maniera în care ea acceptă sau respinge plăcerea pe care i-o pot produce avansurile de tip falic pe care el i le face, sau de felul în care nu le tolerează. Șocurile castrării de care nu scapă nici un băiat, în forma amenințărilor, observațiilor, operațiilor etc., depind mai întâi, în măsura în care ne interesează intensitatea consecințelor lor, de momentul când acestea apar; ele sunt resimțite cu cea mai mare intensitate atunci când coincid cu apogeul masturbării falice, cu dorințele pasiv-feminine față de tată, cu sentimentele de vinovăție etc. Fricile de castrare și tendințele pasive sunt influențate la rândul lor de atitudinile seductive sau represive ale tatălui, de potrivirea sau nepotrivirea sa cu rolul de model masculin etc. Când tatăl este absent datorită unui divorț, unui abandon, morții

sale, există o lipsă a unui rival oedipian cu rol limitativ, circumstanță care intensifică angoasa și vina în faza falică, și promovează ne-masculinitatea. În această situație, fantasma băiatului că tatăl a fost îndepărtat de către mamă, ca o pedeapsă pentru agresivitatea sa masculină, acționează de asemenea ca o perturbare la adresa dorințelor heterosexuale normale ale băiatului.

Ceea ce până la urmă va conta și va asigura dezvoltarea sexualității într-o direcție sau în alta, sunt evenimente pur aleatorii, cum ar fi accidente, seducția, bolile, pierderea obiectului prin moarte, ușurința sau dificultatea de a găsi un obiect heterosexual în adolescență etc. De vreme ce aceste evenimente sunt imprevedibile și pot schimba viața copilului în orice moment, ele vor răsturna orice calcule prognostice care au fost făcute anterior.

### *Homosexualitatea, favorizată sau prevenită de pozițiile dezvoltării normale*

În conformitate cu discuțiile anterioare, pare preferabil să gândim nu în termenii stadiilor infantile premergătoare homosexualității adultului, ci în termenii influențelor dezvoltării care favorizează sau previn dezvoltarea homosexuală. Un asemenea raționament se bazează pe presupunerea că în timpul creșterii copilului, înclinațiile homosexuale concură și, de regulă, alternează cu heterosexualitatea normală, și că cele două tendințe se folosesc pe rând de diferitele poziții prin care trece copilul.

Privită din acest punct de vedere, se poate rezuma că dezvoltarea homosexuală este favorizată de următorii factori:

- (1) Tendințele bisexuale, care sunt considerate ca parte a constituției înnăscute. Ele înzestrează toți indivizii cu caracteristici psihologice nu doar ale sexului lor, ci și ale sexului opus și îi abilitază să le ia drept obiecte de iubire sau să se ofere pe ei înșiși ca obiecte de iubire, nu doar indivizilor de sex opus, ci și celor de același sex. Această bisexualitate înnăscută este intensificată în perioada preoedipiană de identificările atât cu părintele de sex feminin, cât și cu cel de sex masculin și rămâne ca bază constituțională pentru orice înclinații homosexuale ce vor apărea mai târziu.
- (2) Narcisismul primar și secundar al individului, adică investirea

libidinală a propriului Self. În măsura în care alegerea de obiect în a doua copilărie urmează modelul original al narcisismului, partenerii sunt aleși pe cât se poate de identici cu el însuși, incluzând identitatea de sex. Astfel de homosexualitate, sau mai strict vorbind, de relații narcisice, sunt caracteristice perioadei de latență și anumitor stadii ale pre-adolescenței și adolescenței.

- (3) Atașamentul bebelușului față de obiectul anaclitic, pentru care sexul este de importanță secundară. Aceasta are o semnificație specială pentru homosexualitatea feminină, în măsura în care fata poate rămâne fixată la acest stadiu ca la unul „homosexual”.
- (4) Libidinizarea anusului și a tendințelor pasive obișnuite ale stadiului anal, care furnizează baza corporală normală pentru identificarea feminină a băiatului.
- (5) Invidia de penis care furnizează baza normală pentru identificarea masculină a fetei.
- (6) Supraestimarea penisului în faza falică, ce face dificil sau imposibil ca băiatul să accepte un obiect de iubire „castrat”.
- (7) Complexul oedipian negativ care reprezintă o fază „homosexuală” normală atât în viața fetelor, cât și în cea a băieților.

În opoziție cu factorii enumerați mai sus, care împing un individ spre homosexualitate, există și alte influențe care pot acționa în direcția opusă și pot proteja o persoană de a adopta această soluție sexuală particulară:

- (1) Tendințele heterosexuale și homosexuale sunt în competiție cantitativă una cu cealaltă, pe parcursul întregii copilării. Orice promovează heterosexualitatea, scade într-un grad corespunzător homosexualitatea. De exemplu, avansul în heterosexualitate care este determinat de intrarea băiatului în faza falică și în complexul oedipian pozitiv micșorează în mod automat orice înclinații homosexuale care sunt lăsate ca reziduuri din perioada de pasivitate anală. Același declin al homosexualității survine și în anumite stadii ale adolescenței datorită influxului genitalității masculine care îndreaptă băiatul spre alegerea de obiect heterosexuală.
- (2) Intensitatea fricii de castrare în sine, care îi face pe anumiți bărbați să evite femeile și să devină homosexuali, acționează la alții ca o contraforță la complexul oedipian negativ și ca o barieră

împotriva homosexualității. În măsura în care dorințele pasive feminine ale acestor băieți față de tată presupun pentru satisfacerea lor acceptarea castrării, ele sunt evitate de acești băieți, cu orice preț. Aceasta duce adesea la o pseudo-masculinitate, care este supraaccentuată ca o reacție la angoasa de castrare, și la o agresivitate sexuală față de femei, care neagă posibilitatea castrării și prezența vreunei dorințe feminine și, în consecință, blochează drumul spre orice manifestări homosexuale manifeste.

- (3) În timp ce regresia la analitate lipsită de apărări, determină atitudini homosexuale pasive feminine la bărbat, formațiunile reacționale împotriva analității, în special dezgustul, blochează efectiv calea spre homosexualitate sau cel puțin către exprimarea sa manifestă. În analizele adulților, acești bărbați apar ca „homosexuali ratați”.
- (4) În cele din urmă, „tendința la o dezvoltare completă” și „rezonabilitatea biologică” (Edward Bibring, 1936), care îi fac pe indivizi să prefere normalitatea în locul anormalității, pot fi considerate factori de bază împotriva homosexualității.

În ansamblu, echilibrul între heterosexualitate și homosexualitate pe întreaga perioadă a copilăriei, este atât de precar și indicatorii sunt atât de rapid înclinați într-una sau cealaltă dintre direcții de atât de multe influențe, încât rămâne încă valabilă opinia conform căreia „orientarea sexuală finală a unei persoane nu este hotărâtă până după pubertate” (S. Freud, 1905, p. 146; notă de subsol adăugată în 1915).

#### ALTE PERVERSIUNI ȘI DEPENDENȚE DREPT CATEGORII DIAGNOSTICE LA COPIL

Alte categorii care nu pot fi clar folosite la copii sunt perversiunile cum ar fi transvestismul, fetișismul, dependențele.

În acestea, ca și în cazul tuturor *perversiunilor*, motivul este unul evident. În măsura în care sexualitatea infantilă este, conform definiției, polimorf perversă, a eticheta anumite aspecte ale sale drept perverse este în cel mai bun caz o folosire imprecisă a termenului, iar în cel mai rău, implică o totală neînțelegere a dezvoltării pulsionii sexuale. În loc

de a evalua anumite fenomene ale copiilor drept perverse, cum sunt înclinați să facă chiar și analiștii, ar trebui reformulate întrebările diagnostice pentru acele cazuri și ar trebui să căutăm să aflăm ce tendințe componente sau în ce condiții părți ale acestora au șanse de a persista și dincolo de copilărie, adică pot fi considerate adevărați precursori a perversiunii propriu-zise a adultului.

Cu privire la comportamentul manifest, unele tablouri clinice ale copiilor sunt aproape identice cu acelea ale adulților perversi. Totuși, această similaritate aparentă nu este necesar să implice și o identitate metapsihologică corespunzătoare. La adulți, diagnosticul perversiunii semnifică faptul că primatul genital nu a fost niciodată stabilit sau nu a fost menținut, adică în cadrul actului sexual propriu-zis, componentele pregenitale nu au fost reduse la rolul lor de factori mai degrabă introductivi sau contributivi. O astfel de definiție este invalidată când ea se aplică înaintea stadiului de maturitate, adică la o vârstă la care actul sexual nu intră în discuție și la care egalitatea între zonele pregenitale și cele genitale este luată drept sigură. În conformitate, indivizii sub vârsta adolescenței nu sunt perversi în sensul adult al termenului și trebuie introduse diverse puncte de vedere pentru a explica simptomatologia lor relevantă.

Experiența clinică sugerează că această simptomatologie poate fi explicată prin devieri de la normele dezvoltării în două direcții principale, și anume, cronologică și cantitativă.

*Cronologia* este perturbată ori de câte ori zone specifice ale corpului care furnizează stimulare erotică nu funcționează în interiorul ordinii temporale care corespunde succesiunii normale a dezvoltării libidinale. Pe lângă binecunoscuta apariție mai târzie a regresiei, oricare dintre ele poate fi neobișnuit de insistentă în rolul său de a furniza plăcere și nu părăsește în favoarea zonelor ce urmează pe linia de dezvoltare, conform legilor maturizării. În această privință, erotismul pielii la copil reprezintă o ilustrare sugestivă. La începutul vieții, faptul de a fi mângâiate, atinse și alintate, libidinizează diferitele părți ale corpului copilului, ajută la construirea unei imagini corporale și a unui Eu corporal sănătos, sporește investirea acestuia cu libido narcisic și produce simultan dezvoltarea iubirii de obiect prin cimentarea legăturii între copil și mamă. Nu există nici o îndoială că în această perioadă, suprafața pielii, în rolul său de zonă erogenă, îndeplinește o funcție multiplă în creșterea copilului.

Pe de altă parte, aceste funcții devin redundante în mod normal după prima copilărie. Erotismul pielii își schimbă aspectul dacă gratificarea sa rămâne o preocupare majoră a copilului după ce au fost atinse stadiile anal și falic. Astfel, pielea poate continua să reprezinte o sursă de stimulare erotică, în timp ce fenomenele de descărcare a excitației sexuale s-au modificat în cadrul dezvoltării și au atins diverse nivele. Un băiat în fază oedipiană, de exemplu, poate tânji după contactul tactil cu mama, dar gratificat în realitate sau în fantasmă își descarcă excitația prin masturbare falică, similar unui adult pervers care își descarcă excitația din surse extragenitale pe calea orgasmului genital. Este exact această discrepanță între sursa de stimulare și locul descărcării excitației, cea care crează această asemănare cu perversiunea a anumitor situații din copilărie.<sup>1</sup>

În ceea ce privește aspectul *cantitativ*, devierea de la intensitatea normală a pulsuniilor parțiale, este în mod evident o „variație de la normalitate” obișnuită în cadrul naturii polimorf perverse a copilului. În orice moment în timpul copilăriei, oricare dintre tendințele componente ale sexualității infantile sau orice aspect parțial al agresivității infantile poate fi neobișnuit de puternic și poate domina tabloul în mod excesiv sau exclusiv. Aceasta poate fi o chestiune de constituție înăscută. Experiența clinică arată, spre exemplu, că tendințe orale neobișnuit de puternice sunt adeseori descoperite la copiii dependenților, alcoolicii, sau maniaco-depresivilor. Este de asemenea cunoscut faptul că copiii unor părinți obsesionali prezintă tendințe anale excesiv de puternice, deși în aceste cazuri orice ar fi înăscut este în mod invariabil întărit de maniera în care adulții obsesionali gestionează educarea copilului pentru curățenia anală. Desigur, creșteri în forța unei pulsuni parțiale pot fi de asemenea datorate exclusiv influențelor mediului, cum este gestionarea generală eronată de către părinți, seducția, pierderea controlului și eșecul în ghidare etc. Cel mai frecvent se întâmplă ca motivul de supraindensificare a unei pulsuni parțiale să rezide în interacțiunea factorilor externi cu unii interni,

<sup>1</sup> Această stare de fapt a fost ilustrată foarte clar în analiza unui băiat tratat de Isabel Paret la Hampstead Child-Therapy Clinic, de la vârsta de doi ani și jumătate la patru ani și jumătate. În cazul său a fost posibil să se urmărească rolul jucat în tânjitul copilului după mângâieri, de influența seductivă a mediului, adică de dependența mamei față de acest contact corporal particular cu copilul ei.

cum ar fi slăbiciunea relativă a Eului sau Supraeului în felul în care fac față pulsioniilor; sau, dimpotrivă, cum ar fi severitatea excesivă a Supraeului care se exprimă în excesul de activitate defensivă. Un exemplu comun pentru constelația menționată în ultimul caz sunt băieții falici care trăiesc cu groaza de conflictele lor pasiv-feminine, insuficient refulate. Pentru a îndepărta frica de castrare, care în cazul lor este accentuată de dorințele de castrare, ei supracentuează manifest toate tendințele opuse cu rezultatul că au o aparență virilă agresivă și se dedau frecvent la comportamente *exhibiționiste* falice. Totuși, în pofida identității comportamentale, diferența fundamentală rezidă în faptul că acest tip de exhibiționism este un dispozitiv al Eului ce servește scopurilor de reasigurare și apărare, pe când tipul adult reprezintă o parte veritabilă a activității pulsionale a perversului, orientată spre procurarea satisfacției sexuale.

### Dependența

În cazul dependențelor, este vorba de asemenea despre creșterea cantitativă a tendințelor de altfel normale, creștere responsabilă de impresia de comportament „pervers”. Se descoperă frecvent copii cărora le plac excesiv dulciurile, aparent în același fel în care adulții sunt dependenți de alcool sau droguri. Ei simt o poftă copleșitoare de dulciuri, folosesc satisfacerea acestei poftă ca pe un antidot împotriva angoasei, deprinderii, frustrării, depresiei etc., așa cum o fac și adulții, și în același fel ca și adulții vor face orice, cum ar fi să mintă sau să fure, pentru a-și asigura posesia substanței dorite. Dar, cu toată această similitudine, constelația metapsihologică subiacentă acestor manifestări diferă în cele două cazuri. Pasiunea copilului pentru dulciuri este, prin comparație, o expresie simplă și directă a unei pulsioni parțiale. Aceasta își are originea în dorințe nesatisfăcute sau suprastimulate ale fazei orale, dorințe care au crescut excesiv și, prin cantitate, domină expresiile libidinale ale copilului. În viața mai târzie, aceste dorințe sunt în mod obișnuit deplase de la dulciuri la alte materiale mai mult sau mai puțin inofensive. Ele își vor găsi descărcarea în anumite cazuri în băutul excesiv de apă; în alte cazuri în supraalimentare, în bulimie, poate în fumat. Pe latura libidinală, ele se exprimă în preferința pentru relaționări cu obiecte de un tip în mod particular confortabil și suportiv. Nici una dintre aceste manifestări în sine nu se încadrează în categoria depen-

dențelor. O dependență reală, în sensul adult al termenului, este o structură mai complexă, în care acțiunea tendințelor pasiv-feminine și auto-distructive se adaugă dorințelor orale. Pentru dependentul adult, nevoia de substanță reprezintă nu doar un obiect sau o materie care este bună, de ajutor și fortifiantă, cum sunt dulciurile pentru copii, ci și una pe care o simte simultan ca făcându-i rău, fiind copleșitoare, slăbindu-i puterile, emasculează, castrând, așa cum sunt chiar alcoolul sau drogurile în cantitate excesivă. Amestecul a două pulsioni opuse, a dorinței de putere și slăbiciune, activitate și pasivitate, masculinitate și feminitate, este cel care îl leagă pe dependentul adult de obiectul obiceiului său într-o manieră care nu are nici o paralelă cu ceea ce se întâmplă în cele mai multe din poftele benigne și pozitiv direcționate ale copilului.

### Transvestismul

Factorii economici ai libidoului au de asemenea rolul lor în distorsionarea și exagerarea altor anumite înclinații care sunt comune tuturor copiilor și în crearea prin aceasta și a fenomenului de transvestism, așa cum este frecvent descoperit în copilărie. Aici, creșterile în intensitate se referă fie la latura masculină, fie la cea feminină a naturii copilului.

Un interes pentru îmbrăcăminte care este potrivită sexului opus sau adulților de ambele sexe este o trăsătură obișnuită în copilărie. Jocul foarte popular al „deghizatului” oferă copiilor ocazia de a se imagina pe ei înșiși în rolul tatălui sau al mamei, fratelui sau surorii sau al punerii în joc a oricăreia dintre ocupațiile care simbolizează pentru ei rolul părinților. O umbrelă, un baston, pălăria tatălui sunt suficiente pentru a transforma copilul în persoana tatălui; o poșetă, niște pantofi și un ruj, în cea a mamei. Căștile de astronauti sau de piloți, șepcile de șoferi, accesoriile vestimentare de Piele Roșii, uniforme de surori medicale sunt jucării convenționale, concepute pentru a crea copilului iluzia că își poate schimba propria personalitate cu cea a acestor figuri admirate, prin posedarea hainelor necesare. Diferențele de sex sunt cu ușurință transgresate în aceste jocuri ale fanteziei, în special de fete, iar articolele de îmbrăcăminte pentru deghizare sunt simboluri ale unor stataturi, la fel de frecvent cât sunt și simboluri pentru sex.

În afara jocului, pentru fetele în faza invidiei de penis, preferința



pentru pantaloni și alte lucruri de băiat este atât de cunoscută, încât a ajuns să fie considerată drept adecvată vârstei. Aceasta nu dă naștere la îngrijorare decât în situațiile în care fata refuză complet și de fapt ajunge incapabilă să accepte îmbrăcămintea feminină, indiferent de ocazie; acest fapt este luat astfel ca un semn că invidia ei de penis, tendințele ei masculine și respingerea propriei sale feminități au atins un nivel foarte ridicat. Dar chiar și în aceste cazuri extreme ar fi o greșeală a vedea expresia simptomatică drept paralelă în semnificație cu aceea a femeii adulte transvestite. Comportamentul unor astfel de fete nu este o manifestare sexuală propriu-zisă, adică nu este însoțit de masturbare sau fantezie de masturbare și nu este în nici un alt fel menit furnizării de excitație sexuală directă. În loc de aceasta, el servește scopurilor de imitație și identificare cu băieții până chiar la gradul de a-și asuma rolul lor în comportamentul curent; de apărare împotriva invidiei și rivalității, împotriva auto-deprecierii din sentimentul de castrare și împotriva vinei de a-și fi produs presupusa auto-vătămare prin masturbare. În această manieră, „transvestismul” fetei falice este o funcție a sistemului ei defensiv, la fel de mult pe cât este și o ieșire pentru partea masculină a bisexualității ei înnăscute.

La băieți, nu există un paralelism complet pentru acest comportament al fetelor. Aparent, în condițiile noastre culturale, nici o fază de dezvoltare nu dă în mod normal băieților dorința de a se îmbrăca precum fetele. În cazurile izolate în care survin astfel de comportamente, acestea dau impresia de a fi mult mai anormale și de obicei îi deranjează pe părinți ca un semn prevestitor timpuriu al aberației sexuale de mai târziu.

Pe o mică colecție de cazuri de acest gen<sup>1</sup>, se poate demonstra că tabloul clinic este destul de uniform. O dată cu instalarea propriu-zisă a simptomului între vârstele de trei și cinci ani, comportamentul feminin al băiatului se întinde de la exprimarea dorinței de a fi fată, dorința de a fi strigat pe un nume de fată, jucatul cu fetele și cu păpușile lor, botezarea ursulețului cu nume de fată etc., până la deghizarea propriu-zisă cu lenjeria sau hainele mamei, surorii, îngrijitoarei, cu o preferință specială pentru hainele drăguțe, înzorzonate și extrem de feminine. Dacă îmbrăcămintea feminină nu îi este la dispoziție, propriile elemente de îmbrăcămintă ale băiatului pot să fie purtate într-o manieră

care imită bluza strânsă în talie a unei fete, talia subțire a unei tinere femei etc. Uneori rezultatul este deschis afișat, în alte cazuri hainele sunt ascunse în patul băiatului pentru a fi purtate în secret noaptea. Când are loc vreo intervenție, băiatul își raționalizează comportamentul, sau îl neagă cu vinovăție, sau chiar „plânge în mod patetic”, după cum spune mama, când hainele obținute în mod nelegitim i-au fost luate.

Circumstanțele exterioare seamănă și ele una altele în diferite cazuri. Există, aproape fără excepție, o presiune către feminitate exercitată din partea mamei care preferă în mod deschis o soră mai mică sau mai mare sau admite că-și dorea o fată înainte ca băiatul să se nască. Sau, așa cum a exprimat-o un băiat dintr-un cuplu divorțat că, mamei: „nu-i plac bărbații pentru că nu îi place de tata”. Frecvent, există o complicitate din partea mamei în privința măsurii în care cedează la dorința băiatului și îi cumpără și lui fuste cu volane sub pretextul „că face pace între frate și soră” etc. Separarea de o persoană iubită de sex feminin (mama, doica mult-iubită) este o altă circumstanță externă descoperită repetat și în mod evident semnificativă.

În funcție de comportamentul manifest și de influențele mediului, variate înțelesuri ale procedurilor transvestismului au fost stabilite în analizele băieților. A se îmbrăca precum o fată reprezintă, pentru unii, o căutare a iubirii materne prin deghizarea în sora pretins preferată. La alții, servește la o completă negare a masculinității falice a băiatului care își imaginează în mod corect sau eronat că nu este bine primită de mamă. La alții, servește păstrării atașamentului libidinal intern la un obiect de iubire pierdut, prin identificare parțială cu el.

Este adevărat, desigur, că, precum în cazul fetei, comportamentul transvestit al băiatului se bazează pe modificări cantitative ale economiei libidoului său. Fără o întărire excesivă a înclinațiilor feminine, mândria băiatului în propriile sale veșminte masculine nu ar putea fi anulată și ar trebui folosite alte manifestări pentru a exprima aceeași invidie, gelozie, rivalitate, dorință de a face curte mamei, apărare împotriva angoasei de separare etc. Mai mult, comportamentul transvestit al copiilor de ambele sexe ar putea fi explicat probabil în termeni fixației copilului la un nivel la care, o parte a obiectului este acceptată ca substitut al întregului și unde, în consecință, se produc deplasări facile de la corp (masculin sau feminin) la hainele care îl acoperă, adică o fixație la o fază de dezvoltare la care simbolismul hainelor a prins rădăcini (Fluegel, 1930).

<sup>1</sup> Acestea au fost observate la Hampstead Child-Therapy Clinic în timpul procedurii diagnostice sau în cursul tratamentului analitic.

În privința semnificației prognostice a comportamentului transvestit, nu este cazul ca acesta să fie considerat un semn prevestitor mai mult sau mai puțin decât oricare dintre expresiile conflictului bisexual al copilului sau a dizarmoniei sale bisexuale. Exact cum la fete este legat de stadiul invidiei de penis, așa este și la băiat legat de feminitatea determinată de fază din perioada pasiv-anală, de complexul oedipian negativ sau de regresia la aceste atitudini. Atâta timp cât servește scopului de apărare împotriva angoasei (angoasa de separație, frica de pierdere a iubirii, pericole falice), nu există nici un motiv de ne aștepta să persiste mai mult decât faza în care aceste angoase sunt la apogeu. Doar atunci când comportamentul transvestit este în sine o descărcare pentru sexualitatea copilului, adică acolo unde este însoțit de semne clare de excitație sexuală, se poate considera ca o adevărată paralelă și un precursor al perversiunii propriu-zise. Probabil acele situații în care activitatea este desfășurată în secret, noaptea în pat, sunt semnificative în acest domeniu. Dar fără dovada directă furnizată de existența erecțiilor, activităților masturbatorii etc. în raport cu aceasta, sensul exact al transvestismului în viața sexuală a copilului este dificil de evaluat și verificat, chiar pentru cazurile aflate în analiză.<sup>1</sup>

### *Fetișismul*

Așa cum a fost prezentat în subcapitolele precedente, comportamentul pervers manifest al copilului poate fi la fel de mult o parte din organizarea sa defensivă și încercările sale de stăpânire a situației pe cât pot fi și o expresie a nevoilor sale sexuale. Acest dublu aspect devine și mai evident în fenomenele descrise drept fetișism la copii, cărora li s-a acordat o atenție specială în literatura psihiatrică.<sup>2</sup>

Deși există un dezacord important asupra punctelor esențiale, cei mai mulți autori împărtășesc opinia că deși „fetișismul din copilărie seamănă cu fetișismul adulților”, așa numitul fetiș al copilului este „mai degrabă un stadiu într-un proces care poate conduce sau nu la fetișismul adult” (Sperling, 1963). Wulff (1946) a exprimat foarte răspicat acest fapt când a spus că aceste „manifestări anormale... în perioada

preoedipiană nu sunt în structura lor psihologică altceva decât simple formațiuni reacționale la un impuls instinctual inhibat sau negratificat”, sau când el afirmă că „în timp ce manifestările fetișiste la copilul mic nu sunt deloc neobișnuite”, structura lor psihologică „este una diferită” la fetișismul adult. Aici, ca și în situațiile descrise mai sus, este evident că folosirea aceluiași termen atât pentru manifestările infantile, cât și pentru cele ale adultului, conduce la presupunerea eronată că similaritatea de comportament între cele două își are perechea într-o identitate metapsihologică corespunzătoare.

Ceea ce copilul are în comun cu adultul fetișist este tendința de a investi anumite articole sau anumite părți ale propriului corp sau al corpului unei alte persoane cu mari cantități de libido atât narcisic, cât și obiectal. Pe intensitatea acestei investiții, articolul sau partea de corp își asumă statutul unui obiect parțial sau satisfăcător-al-nevoi și devin indispensabile individului. În psihopatologia adultului, această situație este binecunoscută analistului. La adultul fetișist, obiectul parțial simbolizat de fetiș a fost recunoscut ca penisul imaginar al mamei falice de care individul este atașat pentru satisfacerea sa sexuală. În ceea ce privește homosexualul pasiv, am remarcat mai devreme că penisul partenerului masculin în sine poate primi statutul de fetiș, reprezentând atribuțiile masculine proprii individului care au fost deplasate asupra altui bărbat. Și în acest caz, excitația sexuală și gratificarea sexuală sunt indisolubil atașate fetișului, care este compulsiv căutat și în absența căruia individul se simte lăsat fără satisfacție sexuală, deprivat și castrat.

În această privință, diferența între fetișul propriu-zis al adultului și obiectul fetiș suprainvestit al copilului, ajunge pe cele mai înalte culmi. În timp ce fetișul adultului servește unui singur scop și joacă un rol central în viața sexuală a perversului, obiectul fetiș al copilului are o varietate de înțelesuri simbolice și servește unei varietăți de scopuri ale Sinelui și ale Eului, ambele schimbându-se în funcție de faza de dezvoltare care a fost atinsă. La vremea suptului și a înțărcatului, de exemplu, orice articol (cum ar fi o jucărie), poate deveni suprainvestit și indispensabil, deoarece servește, pe de o parte, plăcerii orale a bebelușului și, pe de alta, previne și atenuează apariția angoasei de separare prin garantarea unei permanențe neîntrerupte a gratificării. Conform lui Wulff (1946), valoarea fetișului în aceste momente constă în faptul că „reprezintă un substitut al corpului mamei și în mod special al sânului matern”. În stadiul următor, articolul suprainvestit,

<sup>1</sup> În legătură cu aceasta vezi de asemenea discuția lui Charles Saarnoff (1963) asupra lucrării Melittei Sperling, „Analiza unui băiat transvestit”.

<sup>2</sup> Vezi Melitta Sperling (1963), „Fetișism la copii”, cu bibliografia atașată.

reprezentat de obicei de o jucărie moale, o pernă, o păturică etc., devine un „obiect tranzițional” (Winnicott, 1953), încercat atât cu libido narcisic, cât și obiectal, care, pentru scopurile distribuției libidoului, face o punte peste golul dintre copilul însuși și persoana mamei. Conform lui Winnicott, aceste fenomene, deși permise și așteptate de mamă, sunt inerente în natura copilului și, astfel, sunt „părți ale dezvoltării emoționale normale”. Conform cu Melitta Sperling (1963), ele sunt „manifestări patologice ale unei tulburări specifice în relația de obiect” și sunt direct influențate și susținute de sentimentele inconștiente și de atitudinile manifeste ale mamei.

În momentul dificultăților la adormire ale copilului mic, aceste obiecte „tranziționale” sau „fetiș” joacă un rol deosebit de util în stabilirea condițiilor premergătoare adormirii, și anume retragerea interesului din lumea obiectală și orientarea lui asupra Sefului. Există mulți copii care nu se pot culca decât în strânsă apropiere cu prețioasa posesiune și care devin profund supărați dacă se pierde sau rătăcește; și în asemenea ocazii, multe mame o caută frenetic, ca răspuns la evidentul sentiment de deprivare al copilului. Melitta Sperling ridică problema de ce copilul ar trebui să ajungă așa de dependent de un articol fără valoare în sine, care „devine mai important pentru el decât mama însăși”, și ea conlude că aceasta nu s-ar putea întâmpla fără complicitatea activă a mamei. Noi ajungem la un răspuns diferit dacă (în acord cu Winnicott) acordăm suficientă pondere proprietăților calmante ale obiectului tranzițional, în care avantajele iubirii de sine sunt combinate cu avantajele iubirii de obiect; mai mult decât atât, ale importanței sale ca posesiune permanent controlată, în contrast cu mama, care nu este sub controlul copilului și ale cărei venituri și plecări, apariții și dispariții independente amenință copilul cu un sentiment de insecuritate și suferință datorate despărțirii. Împotriva viziunii că mama ar avea un rol „în geneza comportamentului fetișist și în alegerea fetișului” (Sperling, 1963), se poate afirma că toate sugestiile din partea sa vor rămâne ineficiente dacă nu coincid cu oscilările determinate de dezvoltare, între autoerotism, narcisism și iubire de obiect.

Există multe privințe, mai puțin evidente, în care obiectul fetiș este legat de alte aspecte ale sexualității polimorf perverse a copilului. Calități specifice, cum ar fi textura, leagă obiectul fetiș cu erotismul timpuriu al pielii bebelușului, care îi servește drept articol ce poate fi frecat ritmic, mângâiat, atins etc. Mirosul acestuia, în special orice fel de miros corpo-

ral formează o legătură importantă cu practicile transvestitului, în care fetișul este utilizat pentru a determina tipul de haine sau lenjerie care va fi folosit pentru îmbrăcare. În faza sadismului anal, jucăriile moi ca obiecte tranziționale servesc la exprimarea deplină a ambivalenței extreme prin oferirea unei descărcări sigure pentru succesiunea de sentimente de iubire și ostile, îndreptate spre unul și același obiect. Doar în timpul fazei falice (Wulff, 1946) fetișul ajunge în cele din urmă să fie identificat cu penisul propriu al copilului, al tatălui sau cu cel imaginar al mamei.

Cât de mult este acest pseudo-fetișism al copilăriei un stadiu premergător și un precursor al perversiunii reale de mai târziu, rămâne o întrebare deschisă, la care până acum nici un autor nu a reușit să răspundă într-un mod satisfăcător. Din perspectiva analizelor cazurilor de adulți relevante, nu există nici o îndoială asupra originilor timpurii ale fetișului lor și a naturii sale persistente, indiferent de faptul că este reprezentat de un membru, un articol sau un tip specific de îmbrăcăminte, pantof sau mănășă sau, într-un caz particular de fetișism al adultului<sup>1</sup>, de un sunet, prima producere a căruia putând fi legată retrospectiv de mamă.

Din punctul de vedere al experienței clinice cu copiii, este la fel de evident că numărul de fetișuri din copilărie este mult mai mare decât cel al adevăraților fetișiști de mai târziu, ceea ce înseamnă că multe fenomene infantile fetișiste sunt legate de anumite faze speciale ale dezvoltării, și dispar atunci când nevoile speciale ale Sinelui și Eului pe care le servesc, au fost depășite.

Așa cum am menționat mai sus în cazul transvestismului, formele de practică ce sunt cel mai aproape de perversiunea adultului, și prin urmare mai predispuse să persiste, sunt acelea în care nu Eul și apărarea contează, ci nevoile pulsionale sunt de primă importanță, adică acelea care de la început sunt însoțite de semne evidente de excitație sexuală și servesc ca o descărcare majoră în jurul căreia este organizată întreaga viață sexuală a copilului. În literatura consacrată nu lipsesc astfel de decreri de caz.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Analizat de autor.

<sup>2</sup> Vezi Melitta Sperling (1963). O ilustrare ulterioară este cazul unui băiat de patru ani relatat de Anna Freud și Sophie Dann (1951). Acest băiat era orfan, crescut fără un substitut de mamă și care a trecut la suptul și masturbarea compulsive,

### *Prognosticul asupra evoluției*

Având în vedere numeroasele elemente implicate, nu este posibil să se prevadă cu acuratețe care va fi soarta ulterioară a unei tendințe componente care a deviat de la normă, într-unul sau altul dintre modurile descrise. Rămâne o întrebare deschisă, anume dacă tendința va urma cursul normal până la urmă și se va așeza sub primatul genitalității sau va rămâne independentă și va deveni, în consecință, nucleul adevăratei perversiuni. Nu există nici o certitudine despre soarta sa ultimă până înainte de adolescență. Chiar și atunci rezultatul va depinde de o serie de influențe cum sunt următoarele:

- dacă pulsivitatea genitală care se instalează la pubertate este puternică sau slabă, respectiv capabilă sau incapabilă de a domina tendințele pregenitale;

- dacă acea cantitate de libido care a rămas în urmă la punctele de fixație pregenitale exercită o atracție regresivă atât de puternică încât să interfere și să slăbească genitalitatea;

- dacă dorința progresivă de a fi „mare” și adult depășește în cadrul personalității atracția regresivă a satisfacțiilor timpurii;

- dacă lumea obiectală oferă ocazii de gratificare a sexualității adulte a individului sau primele mișcări genitale întâlnesc frustrarea etc.;

Acești factori cantitativi, adăugați la unii calitativi sunt cei care fac prognosticul evoluției finale dificil și incert.

autoerotism și obiecte fetiș pentru satisfacerea proprie. „Când suga, întreaga sa pasiune era concentrată asupra ștergarelor sau asupra prosoapelor pe care le suga în timp ce acestea erau agățate de cuierele lor... el trata babețele folosite ale celorlalți copii ca pe fetișuri, le freca într-un mod ritmic de nasul său în timp ce suga, strângând în brațe toate cele șase babețele sau presând una sau mai multe între picioarele sale. Când era într-o plimbare, aștepta uneori cu nerăbdare, cu o excitație pasionată aceste extazuri, se precipita spre sala de mese sau spre camera lui, exclamând voios: «Babețică... babețică!» (p. 149). Excitația falică a băiatului și masturbarea ce o însoțea erau neîndoelnice. Pe de altă parte, fetișul în sine nu avea în mod evident nici un înțeles falic, iar faptul că rămânea indiferent la aceleași babețele când erau proaspăt spălate, sugera că excitația sa erotică era derivată de la mirosul probabil legat cu o situație de hrănire timpurie.”

## CAPITOLUL 6

### Posibilitățile terapeutice

Într-o clinică psihanalitică pentru copii<sup>1</sup>, întreaga gamă de tulburări ale copilului se prezintă pentru investigare diagnostică având o cerere de tratament. La o extremă, avem dificultățile de dezvoltare cele mai comune, eșecuri și supărări de ordin educativ, întârzieri și opriri în dezvoltarea intelectuală și, trecând prin cazurile de seducție și traumă, și nevroză infantilă propriu-zisă, până la cealaltă extremă, unde avem defecte ale Eului grave și atipice, disfuncții libidinale severe, tulburări de limită, stări autiste și psihotice, adolescenți delicvenți sau aproape schizofreni etc.

În cazurile care au fost selecționate în vederea unei psihanalize a copilului, activitatea alternează între terapie și cercetare, fiecare scop predominând asupra celuilalt în diferite grade, la diferite momente și în diferite situații. Există cazuri în care, după o cunoaștere mai profundă, terapeutul se îndoiește că s-ar mai fi recurs la analiză, dacă lucrul preventiv cu părinții ar fi fost făcut la momentul potrivit, dacă s-ar fi creat oportunități de educare corectă, sau dacă ar fi fost evitate cele mai nocive interferențe din partea mediului. Există apoi acele cazuri în care el se simte aproape la fel de sigur pe diagnostic, cât și pe oportunitatea metodei analitice, dacă aceasta este corect aplicată. Dar există de asemenea cazuri în care analistul nu are în față altceva decât necunoscute, neavând nici o certitudine asupra posibilităților terapeutice. În aceste ultime situații, terapeutul trebuie să fie încrezător în convingerea că analiza copilului oferă ocazii unice de explorare a psihopatologiei specifice. În mod evident, nici o tulburare nu poate fi corect clasificată, sau potrivită cu indicația de tratament, înainte ca factorii responsabili genetici, dinamici și economici-libidinali să fi fost clarificați.

Acolo unde analiza eșuează în a aduce îmbunătățiri, vina este de obicei atribuită nu psihopatologiei cazului, ci circumstanțelor externe defavorabile, cum ar fi lipsa de experiență sau de înzestrare a terapeutului, lipsa de cooperare a părinților, timpului insuficient alocat procesului analitic,

<sup>1</sup> Așa cum este Hampstead Child-Therapy Clinic.

întreruperile datorate bolilor fizice, supărărilor de acasă, schimbarea terapeutului etc. Acolo unde analizele reușesc, fie în parte, fie complet, competența acestuia este luată drept sigură, și nu ne ajunge surpriza că de o procedură atât de clară și limitată cum este analiza copilului beneficiază o gamă atât de largă de tulburări, în multe situații complet diferite una de cealaltă în ceea ce privește originea și structura lor.

#### TERAPIA PSIHANALITICĂ CLASICĂ PENTRU ADULȚI: EXTINDERE ȘI DEFINIȚIE

Terapia psihanalitică a fost originar concepută pentru a se potrivi nevoii nevroticilor adulți și, asemănător, prima adaptare a metodei la copii s-a făcut la nevroze infantile.<sup>1</sup> De atunci, în domeniul adulților, scopul terapiei analitice a fost lărgit<sup>2</sup> și, cu modificări<sup>3</sup> minore, servește acum, pe lângă nevroze, altor categorii de tulburări cum ar fi psihozele, perversiunile, dependențele, delinquența etc. Din nou, analiza copilului a ținut pasul și și-a extins câmpul său de aplicație în aceleași direcții.

În psihanaliza adultului, deținem o literatură de specialitate extinsă și în creștere constantă care tratează metoda psihanalitică, elementele pe care le conține și procesul terapeutic pus în mișcare de aceasta.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> În afară de Melanie Klein și adepții ei care au inclus cazurile cu defecte severe ale Eului și psihozele printre pacienții lor, chiar de la început.

<sup>2</sup> Vezi Symposium (1954) sub acest titlu.

<sup>3</sup> Sau „parametrii” conform lui K. R. Eissler (1953).

<sup>4</sup> Mai degrabă decât să citez numărul mare de autori individuali voi enumera aici o serie de Simpozioane și discuții Panel în care a fost tratat subiectul:

1936 Congresul Internațional de Psihanaliză, Marienbad: „Teoria rezultatelor terapeutice ale psihanalizei” (Glover, Fenichel, Strachey, Bergler, Nunberg, E. Bibring). Pentru contribuțiile individuale, vezi Symposium (1937).

1952 Asociația Americană de Psihanaliză, Întâlnirea de iarnă, New York: „Tehnica psihanalitică tradițională și variațiile sale” (Orr, Greenacre, Alexander, Weigert). Pentru o prezentare a discuțiilor Panel, vezi Zetzel (1953). Pentru lucrările individuale, vezi Panel (1954a).

1953 Asociația Americană de Psihanaliză, Întâlnirea anuală, Los Angeles: „Psihanaliză și psihoterapie dinamică” (E. Bibring, Gill, Alexander, Fromm-Reichmann, Rangell). Pentru o prezentare a discuțiilor Panel, vezi Rangell (1954). Pentru lucrările individuale, vezi Panel (1954b).

Putem extrage din aceste publicații o serie de definiții ale scopului terapiei analitice, după cum urmează:

- că „este unul dintre scopurile analizei acela de a schimba interrelațiile între Sine, Eu și Supraeu” (Bibring [Symposium, 1937]);
- că „terapia analitică induce Eului să oprească sau să modifice apărările... , să tolereze derivate ale Sinelui care sunt din ce în ce mai puțin distorsionate” (Fenichel [Symposium, 1937]);
- că „analiza influențează Supraeul spre creșterea toleranței acestuia” (Strachey [Symposium, 1937]);
- că „scopul analizei este o modificare intrapsihică la pacient” (Gill [Panel, 1954b]);
- că „scopul analistului este de a furniza pacientului insight, astfel ca el să-și poată rezolva prin el însuși conflictele nevrotice — astfel realizând schimbări permanente în Eul, Sinele și Supraeul său și, prin aceasta, extinzând puterea și suveranitatea Eului” (Greenson [Symposium, 1958]);

Există o unanimitate deplină printre acești autori (și mulți alții care nu sunt citați aici) asupra faptului că principalele efecte terapeutice ale psihanalizei sunt o schimbare în echilibrul de forțe între Sine, Eu și Supraeu, o creștere a toleranței fiecăreia față de scopurile celeilalte și, prin aceasta, a armoniei între ele. Aceasta presupune desigur ideea că în tulburările aflate în tatament, conflictul intrapsihic constituie agentul patogen principal și că, comparativ cu importanța majoră a acestui factor unic, alții, cum ar fi relații interpersonale nereușite (R. Waelder [vezi Zetzel, 1953]) ocupă un loc secundar. Procedurile terapeutice sunt valorizate astfel, conform gradului în care servesc acestei intervenții.

#### TERAPIA PSIHANALITICĂ PENTRU COPII: PRINCIPIILE SALE

Deși nici una dintre formulările citate mai sus nu au fost făcute având psihanaliza copilului în minte, ele sunt totuși relevante pentru analistul

1954 Congres ținut la Arden House, New York: „Extinderea câmpului de indicații pentru psihanaliză” (Stone, Jacobson, A. Freud). Pentru contribuțiile individuale, vezi Symposium (1954).

1957 Symposium, Congresul Internațional de Psihanaliză, Paris: „Variații în tehnica psihanalitică clasică” (Greenson, Loewenstein, Bouvet, Eissler, Reich, Nacht). Pentru contribuțiile individuale, vezi Symposium (1958).

de copii, în măsura în care îl incită să reexamineze condițiile premergătoare practicii sale clinice și să determine zonele în care aceasta este legitimă. Ceea ce trebuie ca el să definească mai bine sunt relațiile între conflictul intrapsihic, psihopatologia din copilărie și terapia analitică a copilului. De fapt, ar fi justificat să se considere analiza copilului ca echivalentă analizei adultului doar dacă cele două metode, în afara tehnicii, ar avea un domeniu comun de aplicație și scopuri terapeutice comune.

### *Conflictul intrapsihic în analiza copilului*

#### CONFLICTELE „NORMALE” ALE COPILĂRIEI ȘI ANALIZA

Așa cum s-a discutat în capitolele anterioare, conflictele intrapsihice sunt subproduse normale ale dezvoltării structurale, comune tuturor indivizilor care au progresat în dezvoltare dincolo de nivelul primitiv al non-diferențierii. Ele apar imediat ce Eul și Supraeul sunt suficient de diferențiate, primul față de *Sine*, următoarele între ele, și imediat ce fiecare începe să își urmărește propriile scopuri.

În condiții normale, acestor dizarmonii interioare determinate de procesul de dezvoltare le face față Eul însuși al copilului, asistat de ajutorul, de susținerea și ghidarea asigurate de părinți. Când acestea din urmă sunt insuficiente și suferința copilului este considerabilă, poate fi solicitat ajutorul analistului de copii care, prin clarificare, verbalizare și interpretare constant folosită, reduce angoasele o dată cu apariția lor, dizolvă apărările invalidante înainte de a deveni patogene și deschid sau păstrează deschise descărcări ale activității pulsionale, care aduc ușurare. Acestea ajută copilul să-și păstreze un echilibru mai bun în timpul trecerii prin variatele stadii de dezvoltare, iar pe această situație se bazează ideea, emisă în mod frecvent, că toți copiii ar putea beneficia de analiză, și nu doar cei perturbați în mod manifest. Analistul de copii nu își poate totuși opri gândul că, aici, metoda terapeutică este pusă în slujba unei sarcini care în mod normal ar trebui îndeplinită, pe de o parte, de Eu și, pe de alta, de părinții copilului.

#### TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE ȘI ANALIZA

Situația este diferită în acele cazuri în care o inegalitate a dezvoltării pulsionilor și a Eului afectează în mod serios echilibrul intern într-una sau în cealaltă direcție.<sup>1</sup> Așa cum a mai fost descris, copiii cu o dezvoltare accelerată a Eului și Supraeului încearcă o suferință extremă când sunt confrunțați cu propriile lor impulsuri crude, agresive, orale și anale. Deși ele pot fi adecvate fazei din punctul de vedere al dezvoltării pulsionale, ele nu sunt considerate astfel din punctul de vedere divergent al Eului, fiind puse în mișcare apărări împotriva lor. Aceeași suferință, din motive opuse, s-a observat că apare când progresul Eului este încetinit în comparație cu cel al pulsionilor; Eul este atunci incapabil să facă față impulsurilor pregenitale care îl invadează.

În aceste cazuri, decizia de a se folosi sau nu terapia psihanalitică nu este de asemenea una foarte clară. Până la urmă, progresul Sinelui și cel al Eului își pot restabili echilibrul reciproc, chiar în absența terapiei. Pe de altă parte, dezechilibrul poate fi excesiv și, în acest caz, efectele sale pot persista și produce un rău permanent caracterului și personalității. Analiza copilului poate preveni acest lucru și, prin atenuarea conflictelor, să acționeze nu doar ca o măsură terapeutică, ci și ca una preventivă în cel mai adevărat sens al cuvântului.

Diagnosticianul se regăsește confruntat aici cu o sarcină dificilă, aceea de a aprecia evoluția unui proces de dezvoltare care este încă incomplet.

#### NEVROZELE INFANTILE AVÂND CA INDICAȚIE TERAPEUTICĂ ANALIZA

În raport cu nevrozele infantile nu apar în discuție nici una dintre aceste dificile decizii (Categorii diagnostice 3) și în acest domeniu terapeutic analistul de copii se poate simți în largul său. Având conflictele complexului oedipian drept cauza declanșatoare și simptomatologia nevrotică explicată prin formula clasică, pericol→angoasă→regresie permanentă la punctul de fixație→respingerea impulsurilor

<sup>1</sup> Vezi cap. 4

pregenitale reactivate→apărare→formațiune de compromis, nevrozele infantile nu numai că se apropie de tulburările corespondente ale adulților, prin identitate metapsihologică, ci oferă de asemenea și analistului un rol în terapie care este similar cu cel din terapia adultului. El își poate asuma rolul unui camarad pentru Eul pacientului care este acceptat ca atare de copil în anumite condiții favorabile.

La întrebarea de la ce vârstă Eului copilului este suficient de matur pentru a-și dori tratamentul, se poate răspunde, pentru nevrozele infantile, prin referire la formarea simptomului: un Eu care rezistă pulsionilor suficient cât să edifice pe ele compromisurile nevrotice, dovedește prin asta intenția de a-și menține pozițiile și își demonstrează, prin urmare, cel puțin în teorie, voința sa de a accepta ajutor din afară, pentru a reuși.

În pofida faptului discutat mai sus că suferința creată de simptome nu este același indicator diagnostic la copii ca la adulți, mulți copii nevrotici sunt motivați pentru a cere o terapie de suferința lor, adică de disconfortul corporal și de durerea cauzată de supărarea psihică stomacului și digestiei, de erupțiile cutanate, astm, dureri de cap, tulburări de somn etc.; de pierderea libertății de acțiune și a inabilității de a face ceea ce ceilalți copii pot face și de excluderea plăcerilor lor în cazul fobiilor de școală, stradă sau animale; de sentimentul de a fi la dispoziția unei forțe necunoscute și directive care impune acțiuni fără sens, în cazul ritualurilor și obsesiilor etc.

În mod ocazional, aceste sentimente sunt deschis verbalizate de copii, cum ar fi în exemplul unui pacient băiat în vârstă de patru ani și jumătate, spunând analistului său după un atac al comportamentului său ritualic compulsiv: „Acum cel puțin poți vedea ce mă forțează grijile să fac“, exprimând prin asta neajutorarea cumplită trăită de Eul său în această situație; sau de o fetiță de șase ani, în toiul unei severe fobii de școală, care i-a spus mamei ei: „să știi, de fapt nu este că eu nu vreau să mă duc la școală, ci pur și simplu nu pot“; sau de către o fată în perioada de latență, cea mai mare într-o familie numeroasă, cu dificultăți caracteriale legate de invidia de penis, gelozie, vinovăția în raport cu masturbarea, care a fost auzită cântând de una singură: „Toți ceilalți copii sunt buni și doar eu sunt rea. De ce sunt oare eu așa rea?“. Ea, la fel ca și ceilalți, exprima prin aceasta prăpastia pe care o simțea între idealul său despre ea însăși, cerințele Supraeului și Eul său neajutorat, împreună cu nedumerirea asupra problemei de ce ea, singură, nu putea

face nimic pentru a remedia această situație (vezi de asemenea Bornstein, 1951).

Analistul de copii nu se poate aștepta, în mod natural, ca astfel de insighturi să furnizeze pentru copil mai mult decât o apropiere inițială de terapie. Diferit de interferențele normale prin rezistență și transfer, nu se poate conta pe faptul că astfel de sentimente persistă mult timp la un copil, sau că acestea oferă o bază sigură pe care să ne stabilim tehnica.

Despărțirea Eului într-o porțiune care observă și o porțiune observată vine în ajutorul pacienților adulți pentru lungi perioade de timp în analizele lor, îi asistă în procesul de perlaborare, și este complet ștersă doar în furtunile cele mai rele ale nevrozei de transfer. Această atitudine în care o parte a Eului se identifică cu analistul, împărtășește cu acesta înțelegerea crescândă și ia parte la efortul terapeutic, a fost convingător descrisă de Richard Sterba (1934).

O astfel de introspecție, care este o capacitate normală a Eului adultului, nu este prezentă la copii. Copiii nu-și examinează gândurile și evenimentele interne, cel puțin cei care nu sunt obsesionali. În acest caz, această despărțire particulară este mai degrabă una dintre mai multele tendințe de a fi divizat în interior, cum ar fi ambivalența crescută, tendința la izolare, nevoia de a exploata autocritica și vina în scopuri masochiste etc, ceea ce vrea să spună că în aceste cazuri introspecția servește unor scopuri patologice, mai degrabă decât unora constructive. Cu excepția acestor cazuri, copiii nu sunt înclinați să se ia pe ei înșiși ca obiect de observație sau să inventarieze cu sinceritate evenimentele din propria minte. Curiozitatea lor naturală este deviată de la lumea internă spre cea externă și, în mod obișnuit, nu se întoarce în direcția opusă până la pubertate, când, în anumite tipuri de autoexaminare juvenilă<sup>1</sup> și introspecție excesivă, poate apărea ca un ingredient dureros al procesului adolescenței.

În perioada preoedipiană, oedipiană și de latență, această obișnuită lipsă de percepție a lumii interne va servi și refractarității copilului de a trăi în mod consecvent vreun conflict drept intrapsihic. În acest punct intră în joc mecanismul externalizării<sup>2</sup>, aplicat nu doar asupra analistului.

Este binecunoscut faptul că mulți copii, după ce își depășesc într-o

<sup>1</sup> Nu în cazul tipului delincent, desigur.

<sup>2</sup> Vezi Cap. 2

direcție sau alta propriile standarde interne, scapă de sentimentele rezultante de vină prin provocarea părinților la a-și asuma rolul de autoritate critică sau corectivă, externalizare a unui conflict cu Supraeul ce este responsabilă pentru multe dintre actele de nesupunere, altfel inexplicabile, ale copilului. Aceasta se referă în special la copiii în perioada de latență, cu un conflict activ în raport cu masturbarea și care, după fiecare irupție și satisfacere a nevoilor lor sexuale, nu știu ce să mai facă pentru a-și pune lumea adulților în cap, printr-un comportament provocator. Pe tărâmul disocialității este de asemenea un fapt familiar ca o conștiință încărcată de vină, nu numai să urmeze actului delicvent, ci, foarte frecvent, să preceadă și să motiveze delicvența. În toate aceste cazuri, faptul de a fi criticat, acuzat sau pedepsit de o instanță exterioară, acționează ca o ușurare în conflictul intern cu Supraeul.

Conflictele cu pulsuniile sunt tratate similar. Tendințele periculoase cu origine preoedipiană și oedipiană, cum ar fi impulsurile orale și anale, dorințele inconștiente de moarte a fraților, ostilitatea față de părintele rival sunt deplasate și externalizate, sau proiectate asupra figurilor din lumea reală. Acestea din urmă sunt de aici înainte transformate în seducători și persecutori cu care copilul poate să se angajeze într-o luptă externă. Mecanismele folosite aici sunt bine cunoscute din fobiile infantile (de școală, stradă, animale) în care, prin deplasare și externalizare, întregul câmp intern de luptă este preschimbat într-unul extern.

Din nefericire pentru analistul de copii, această tendință de a externaliza conflictele interioare are o influență covârșitoare asupra așteptărilor copilului cu privire la terapie. Acolo unde nevroticul adult așteaptă ca alinarea să vină din schimbările din sine însuși, pe care este dornic să le facă în consecință, copilul își agață speranțele de puterea mai mare a terapeutului de a efectua schimbări în mediu, în măsura în care acesta din urmă a fost folosit pentru a personifica instanțelor interne ale copilului, aflate în conflict.<sup>1</sup>

În acest sens, o schimbare a școlii, îndepărtarea de profesorul temut sunt așteptate de copil ca remediu la ceea ce sunt în realitate sentimentele sale de vinovăție; sau separarea de un tovarăș „rău” este așteptată să pună capăt tentațiilor, ignorând faptul că acestea apar din impulsurile și

fantasmele sexual-agresive proprii; sau îndepărtarea de colegii de clasă care îl intimidă, ca să remedieze ceea ce în realitate reprezintă propriile înclinații pasiv-masochiste. Terapeutul care refuză, pe bună dreptate, să accepte acest rol pe care pacientul încearcă să i-l impună, se va schimba rapid în ochii copilului dintr-un partener, într-un adversar.

Părinții înclină destul de frecvent să-și urmeze copiii în preferința pentru schimbarea mediului, mai degrabă decât pentru schimbarea de ordin intrapsihic.

Lipsa de introspecție a copilului și intuiția sa în consecință redusă asupra propriilor dificultăți nevrotice nu este identică cu acele rezistențe împotriva analizei ce pot fi înțelese și interpretate în cadrul atașamentelor sale emoționale și în cadrul transferului. Lipsa de introspecție este o atitudine generală a Eului, caracteristică copilăriei, și la care copilul aderă ca la o măsură preventivă eficientă împotriva durerii psihice. Aceasta va fi abandonată doar în identificarea cu un adult de încredere și doar în alianță cu el, iar refractaritatea va fi înlocuită de o privire mai onestă către lumea interioară.

În acest punct, obiecția care poate fi ridicată este aceea că negarea naturii intrapsihice a conflictului nu aparține exclusiv copilului, ci este folosită ca apărare și de mulți adulți. Acest fapt este adevărat, dar, din fericire pentru analistul de adulți, aceia care folosesc acest tip de apărare nu sunt de obicei aceia care aleg să înceapă un tratament analitic. Operând pe un nivel infantil în această privință, ei preferă de asemenea să se „trateze” prin mijloace externe, adică prin punere în practică, sau mai degrabă în act, în mediu. Faptul că pacientul trebuie să se supună unei proceduri și să înfrunte cerințe care nu au fost alese cu bună știință și nici din proprie voință reprezintă o dificultate specială rezervată analistului de copii.

#### O SUBSPECIE A NEVROZELOR INFANTILE ÎN ANALIZĂ<sup>1</sup>

Acolo unde copilul nu își rezolvă conflictul său cu pulsuniile prin mijloacele nevrozei infantile propriu-zise, ci îndepărtează dezacordul prin micșorarea în întregime a standardelor Eului (așa cum se întâmplă

<sup>1</sup> Vezi Cap. 2, Rezistențe.

<sup>1</sup> Vezi categoria de diagnostic 4.



în infantilism, tulburările atipice, anumite reacții disociale), el este mulțumit cu deteriorarea sa, în aceeași manieră în care adulții sunt mulțumiți cu perversiunile, delicvența sau infraționalitatea<sup>1</sup> lor.

În maniera adultului, copilul simte atunci că intervenția psihanalitică este indezirabilă și reprezintă un perturbator al unei stări de liniște interioară. Aceasta plasează analistul în poziția paradoxală în care, pentru a trata copilul, trebuie să alimenteze (și să întâmpine) tocmai conflictele Sine-Eu pe care el încearcă să le rezolve atunci când tratează nevroze infantile.

În istoria analizei copilului, această constelație particulară a fost de două ori luată în serios, suficient cât să justifice introducerea unor parametri tehnici specifici. August Aichhorn (1925, 1923-1948) a exprimat punctul de vedere că nu putea progresa în tratamentul tinerilor delicvenți atâta timp cât aceștia se revoltau împotriva mediului și a lui și subscriu propriilor lor înclinații disociale. Prin alimentarea atașamentului (narcisic) și identificare mai întâi cu el însuși ca persoană și apoi cu sistemul său de valori, a schimbat propriile lor standarde ale Eului și prin asta a introdus o dizarmonie în cadrul structurilor lor. Cu propriile lui cuvinte, când acest fapt s-a întâmplat, „delicventul s-a schimbat (înapoi) într-un nevrotic” care poate acum răspunde la tratamentul psihanalitic mai mult sau mai puțin conform standardelor obișnuite. În sensul folosit mai sus, el privea prezența unui conflict intrapsihic ca o condiție absolut necesară pentru aplicarea analizei clasice.

Așa numita „fază introductivă”, sugerată de mine în 1926, a avut o temă similară (pe lângă furnizarea unei prime intrări în intimitatea lumii pacientului copil). Deși greșit înțeles de mulți colegi ca o intervenție „educațională”, adică un instrument care aduce ameliorări nejustificate ale transferului, scopul real al acesteia a fost de a sensibiliza copilul la propriile dizarmonii interioare prin inducerea unei stări favorabile a Eului în vederea percepției acestora. Rațiunea subiacentă a fost convingerea mea conform căreia conflictul intrapsihic trebuie reintrodus în interiorul structurii și trăit de copil înainte ca interpretarea analitică să poată fi acceptată și să devină astfel eficientă. În practica actuală, interpretarea susținută a apărărilor servește aceluiași scop de confruntare Sine-Eu.

<sup>1</sup> Vezi cap. 4, Regresii permanente.

## REZUMAT

Este evident din cele prezentate anterior că în privința tuturor conflictelor din copilărie, fie ele tranzitorii și ținând de dezvoltare, fie permanente și propriu-zis nevrotice, tulburarea și tratamentul analitic sunt potrivite una celeilalte. Dincolo de binecunoscutele îmbunătățiri inițiale ce țin de transfer, și care nu ar trebui să iluzioneze nici pe analist și nici pe părinți, este posibil de cele mai multe ori ca fiecare îmbunătățire să poată fi legată în detaliu de interpretările materialului, rezistenței (apărării) și repetiției în transfer, așa cum au ele loc, ceea ce înseamnă travaliu analitic în cel mai strict sens.

În dizarmoniile și dificultățile dezvoltării, suferința este diminuată și opririle sunt recuperate atunci când angoasele sunt clarificate și interpretate; regresiiile sunt anulate, adică făcute temporare și procesul evolutiv este reinstaurat prin clarificarea analitică a situației periculoase care provoca aceste regresii. În contextul nevrozelor infantile, accesele de angoasă, ritualurile de culcare, ceremonialurile din timpul zilei sunt cucerite și diminuate prin interpretarea conținutului lor inconștient; compulsiile la atingere dispar atunci când este revelată fie legătura lor cu masturbarea, fie cu fantezmele agresive subiacente; fobiile fac loc, prin interpretare, lămuririi asupra deplasărilor oedipiene de care au fost produse; fixațiile la evenimente traumatice refulate dispar o dată ce trauma este adusă prin rememorare în conștiință, sau re trăită și interpretată în transfer.

În simptomatologia nevrozelor infantile, este adusă o dublă daună, atât derivatelor pulsionale, cât și Eului. Contrapartea terapeutică a acestuia este dubla acțiune a analizei. Din moment ce interpretarea apărării alternează cu interpretarea conținutului, ușurarea va fi oferită pe rând atât Eului încolțit, cât și, în mod egal, pulsioniilor încolțite, până când ceea ce este inconștient în ambele va fi adus în apropierea suprafeței, verbalizat, clarificat, interpretat și va deveni o parte integrată a personalității copilului.

## *Terapia tulburărilor non-nevrotice*

Pe vreme ce ne îndepărtăm de tulburările nevrotice bazate pe conflict (categoriile 1-4) și ne apropiem de opririle, defectele și deficiențele dezvoltării (categoriile 5-6), procesul terapeutic își schimbă natura, chiar dacă analiza copiilor este încă aplicabilă și are ca efect ameliorări.

ELEMENTELE TERAPEUTICE DIN PSIHANALIZĂ<sup>1</sup>

Toți autorii ce abordează acest subiect sunt de acord că mai multe elemente sunt conținute în metoda psihanalitică, pe lângă *interpretarea* transferului și rezistenței, *extinderea conștiinței* pe seama porțiunilor inconștiente din Sine, Eu și Supraeu, având drept consecință creșterea *dominației Eului*. În timp ce acestea reprezintă fundamentul psihanalizei, există de asemenea și alte elemente a căror prezență este inevitabilă, deși uneori este neintenționată. *Verbalizarea și clarificarea* preconștientului joacă un rol special, mai ales la copii, în pregătirea căii către interpretarea propriu-zisă și în atenuarea impactului angoasei cu care aceasta merge mână în mână. Există elemente de *sugestie* care sunt consecințe inevitabile ale poziției temporare de forță și ale importanței emoționale a analistului în viața pacientului. Cu copii, acestea sunt reprezentate de așa numitele efecte secundare „educaționale” ale tratamentului psihanalitic. Aici intervine tendința pacientului de a folosi greșit relația transferențială drept „*experiență emoțională corectivă*”, tendință care este cu atât mai puternică cu cât este mai importantă postura de obiect „nou”, atribuită analistului. În cele din urmă, există și *reasigurarea* care, în cazul copilului, este inseparabilă de prezența și intimitatea strânsă a unui adult de încredere.

Analiztii sunt instruiți să vegheze la apariția ingredientelor non-analitice în cadrul metodei și să reducă efectul lor la minimum, dar, în ultimă instanță, alegerea procesului analitic nu depinde de analiști, ci de pacienții lor.

Ferenczi (1909, p. 55) îl citează pe S. Freud, spunând cu privire la nevroze: „Noi putem trata un nevrotic oricum dorim, acesta se tratează întotdeauna el însuși... prin transferuri”, adică prin repetarea constelațiilor sale nevrotice rearanjate în jurul persoanei analistului. O altă impresie, frecvent exprimată de Freud, a fost următoarea: „în orice fel și prin orice dispozitive tehnice încercăm să-i păstrăm pe pacienți în analiză, ei, în ceea ce îi privește, se agață de tratament în diferite feluri, fiecare pe baza patologiei proprii: istericul, prin mijloacele transferului său pasionat de iubire și ură; obsesionalul, prin investirea analistului cu puteri magice la care el participă prin transfer; masochistul, de dragul chinurilor imaginare pe care le extrage din procesul

terapeutic; sadicul, pentru scopul de a poseda în transfer un obiect pe care să-l poată tortura; dependentul, care face ca persoana analistului să-i fie atât de indispensabilă pe cât îi sunt și drogurile sau alcoolul de care este dependent.”

Cu privire la patologia Eului, K. R. Eissler (1950) afirmă în mod similar că fiecare pacient în parte reacționează la tehnica analitică în propriul său fel și că, în funcție de parametrii pe care îi impune persoanei analistului, se poate conchide asupra deviației Eului său de la normă. Parafrazând, se poate spune că natura tulburării copilului se revelează pe calea elementelor de tratament specifice pe care acesta le selectează pentru uz terapeutic atunci când i se oferă întreaga gamă de posibilități ce sunt conținute în analiza copilului.

## SELECTAREA ELEMENTELOR TERAPEUTICE ÎN FUNCȚIE DE CATEGORIA DIAGNOSTICĂ

Pentru aplicarea în detaliu a acestor puncte de vedere în domeniul psihopatologiei infantile:

Așa cum s-a prezentat mai sus, stadiile premergătoare nevrozei copilului și nevrozele infantile propriu-zise, reacționează pe deplin la interpretările rezistențelor și ale transferului, a apărării și a conținutului, adică la adevăratele măsuri analitice, care în aceste cazuri se transformă în proces terapeutic, atâta timp cât inițiază schimbări și obțin ameliorări. Nici sugestia, nici reasigurarea, nici experiența corectivă și nici vreun artificiu oarecare nu joacă un rol terapeutic care să merite a fi menționat, atâta timp cât terapeutil nu iese el însuși din rolul său de analist. Dacă copilul nevrotic apelează în vreun fel la ele, o face ca o expresie a rezistenței, în momentele în care evadarea din analiză este mai importantă pentru el decât obținerea insightului. Dar nici una dintre acestea, fie singură, fie în combinație, nu are un efect terapeutic asupra nevrozei infantile, care să aproximeze ceea ce analistul cere de la un tratament. Chiar dacă se obțin ameliorări ale simptomelor, ca în cazul ghidării copilului sau psihoterapiei copilului, echilibrul de forțe între instanțele interne rămâne neschimbat de acestea.

În opoziție, în cazurile non-nevrotice se constată că acești copii beneficiază de acestea, câteodată de una, alteori de alta, uneori de o

<sup>1</sup> Vezi E. Bibring (1954).

combinție de elemente terapeutice subsidiare, în timp ce tehnica analitică principală poate rămâne fără efect sau poate aduce rezultate nedorite sau poate păli în fundal cu totul.

Cu copiii *borderline*, de exemplu, clasică oscilație între analiza transferului, a apărării și a conținutului are consecințe care diferă de acelea obținute cu copiii nevrotici. La copiii *borderline* activitatea fantasmatică este prolifică, distorsiunea derivatelor Sinelui este minimă și interpretarea lor, în consecință, este directă și facilă pentru analist. Dar ușurarea uzuală și creșterea controlului Eului asupra lumii fantasmate nu survin. În loc de asta, fiecare verbalizare a unei interpretări psihanalitice este preluată de pacient și țesută într-o curgere continuă și progresivă de fantasme producătoare de angoase. Întâmpinat doar cu interpretări, fie în interiorul, fie în afara materialului transferențial, copilul *borderline* folosește această oportunitate pentru a transforma relația cu analistul într-un fel de „folie à deux”, care este plăcută pentru el și în conformitate cu nevoile sale patologice, dar neprofitabilă din punctul de vedere al terapiei. Pe de altă parte, terapia îi ajută prin verbalizarea și clarificarea pericolelor interne și externe și a afectelor înfricoșătoare, care sunt percepute preconștient, dar pe care Eul său slab și neajutorat, lăsat lui însuși, nu le poate integra și nici aduce sub dominația procesului secundar. În consecință, din punct de vedere diagnostic, calitatea de *borderline* a cazului poate fi evaluată prin reacția sa terapeutică negativă la interpretarea propriu-zisă a inconștientului.

Copiii cu *deficit libidinal* grav relaționează cu analistul de pe nivelul scăzut al relaționării cu obiectul la care s-au oprit, adică ei transferă atitudini simbiotice sau de satisfacere a nevoii, absența constanței obiectului etc. Aici, interpretarea propriu-zisă nu va avea efectul dorit al repornirii dezvoltării, cu excepția cazurilor cu originea opririi inițial nevrotică sau traumatică. Acolo unde deficitul libidinal este datorat unei depriveri timpurii severe în relațiile de obiect, interpretarea repetiției transferate nu are rezultate terapeutice. Copilul poate răspunde, în schimb, la intimitatea relației analist-pacient, care este favorabilă pentru proliferarea atașamentului libidinal, datorită frecvenței și duratei îndelungate a contactului, lipsei întreruperilor, excluderii rivalilor supărători etc. Pe baza acestei experiențe emoționale noi și diferite, copilul poate să avanseze către nivele ale dezvoltării libidinale

mai potrivite, schimbare terapeutică pusă în mișcare în limitele cadrului psihanalizei copilului, dar bazată pe „experiența emoțională corectivă”.<sup>1</sup>

Copiii *retardați intelectual* suferă de obicei acut de fricile arhaice. Datorită imaturității funcțiilor Eului lor, le lipsește orientarea și stăpânirea lumii interne și a celei externe deopotrivă, și însăși intensitatea angoasei este cea care împiedică, în schimb, creșterea în continuare a Eului. În analiza copilului, cercul vicios este întrerupt, având ca rezultat faptul că copilul începe să treacă în mod gradat pe scala de dezvoltare de la fricile arhaice ale anihilării complete, la angoasa de separare, angoasa de castrare, frica de pierdere a iubirii, vina etc. Dar elementul terapeutic responsabil pentru ameliorare în acest caz este rolul reasigurător al analistului și nu cel analitic.

Chiar în cazurile cu deficit organic (traumatisme la naștere, afectări minore cerebrale) se pot obține ameliorări în defectele severe de formare a personalității. Acolo unde Eul relativ normal exercită o presiune excesivă asupra unei constelații pulsionale foarte săracite, copilul profită de stimularea fantasmelor și a apariției de descărcări pentru derivatele Sinelui, care reprezintă subproduse ale situației analitice. Când o activitate pulsională normală este insuficient controlată de un Eu subdezvoltat, rolul și acțiunea analistului de „Eu auxiliar”, un alt subprodus al analizei, vine în ajutorul pacientului.

Adolescenții cu tulburări, implicați în analiză, răspund la unul sau altul dintre elementele procesului în succesiune rapidă, în funcție de nevoile psihopatologiei lor amestecate. Aceasta a fost descrisă într-un studiu recent al unor astfel de cazuri, din punctul de vedere al unei variații rapide în tehnică, intenționate de analist (K. R. Eissler, 1958). Noi vedem acest fapt ca pe un proces spontan din partea pacientului, reprezentat prin variația a ceea ce acesta selectează din elementele terapeutice disponibile, în timp ce, din punctul de vedere al analistului, abordarea rămâne aceeași.

<sup>1</sup> Spre deosebire de efectul interpretării analitice, care pentru copil nu are limite de vârstă sau de moment al intervenției, experiența emoțională corectivă este limitată de considerente maturationale. Trebuie să aibă loc aptoximativ în aceeași fază de dezvoltare în care s-a produs dauna asupra procesului libidinal. O dată ce aceste limite temporale au fost depășite, este prea târziu pentru corecție.

## CONCLUZII

În zona regresiiilor permanente și a simptomatologiei nevrotice stabilizate, nimic nu va schimba copilul în afara analizei, care lucrează pentru schimbarea echilibrului de forțe în interiorul structurii. În afara zonei nevrozelor, personalitatea copilului rămâne mai fluidă și deschisă unei varietăți de influențe ca acelea exercitate în viața de familie, în educație sau în terapie.

Potențialitățile înăscute ale bebelușului sunt accelerate în dezvoltare, sau încetinite, în funcție de implicarea mamei în ele, sau de absența implicării. Progresul nearmonios este contrabalansat dacă părinții libidinizează liniile pe care copilul rămâne în urmă, în loc să facă greșeala obișnuită de a da copiilor foarte inteligenți mai multă hrană pentru inteligența lor; să le vorbească celor în mod particular verbal; să dea mai multe ocazii de acțiune celor mai activi fizic.

Tendențele distructive care au devenit excesive datorită unei dezintricări a libidoului și agresivității, sunt diminuate și legate din nou, dacă atașamentele libidinale sunt promovate. Procesele libidinale și agresive vor răspunde la apariția unui obiect pentru investire. Atitudinile Eului se modifică atunci când apar ocazii noi de identificare sau presiunea Supraeului este înlăturată cu ocazia unor externalizări potrivite. Pe scurt, posibilitățile de intervenție benefică pe tărâmul dezvoltării sunt aproape la fel de nelimitate ca și acelea de interferență nocivă asupra dezvoltării, sau ca și variațiile înseși ale normalității și anormalității.

Anumiți analiști, după un studiu intensiv asupra unor zone specifice și asupra unor perioade ale dezvoltării copilului, au recomandat recent că pentru anumite tipuri de patologii infantile ar putea fi avantajos dacă tulburarea și terapia ar fi mai îndeaproape potrivite; în cazul copiilor cu întârziere în dezvoltarea libidinală, atenția trebuie acordată înainte de orice nevoilor lor simbiotice și autiste; iar copiilor care au avut parte de deprivare maternă timpurie ar trebui să li se ofere posibilitatea de experiență emoțională corectivă (Augusta Alpert, 1959; Margaret Mahler, 1955). Urmărind același raționament, copiilor cu deficit al Eului trebuie să li se ofere exclusiv protecția reasiguratoare a unui Eu auxiliar pe care ei îl caută; copiilor borderline, metodele de întărire a Eului prin verbalizare și clarificare.

La prima privire, o asemenea specializare a terapiei pare rațională și

economică în măsura în care exclude potențiala risipă care survine la folosirea unei abordări atât de complexe cum este analiza copilului în afara domeniului său legitim, al nevrozelor, adică la pacienți ce se vor înfrupta numai dintr-o mică parte a beneficiilor acesteia, și se concentrează asupra elementelor mai puțin esențiale. Dar, la o privire mai atentă, apar anumite obiecții împotriva aplicării acestor propuneri la majoritatea dintre cazuri.

Prima obiecție este aceea că, în experiența propriu-zisă, puțini pacienți copii ne prezintă un tablou clinic pur, care, singur, ar justifica o terapie direcționată către un anumit factor. În cele mai multe cazuri, tulburările constau mai degrabă din amestecuri și combinații de elemente care contribuie în măsuri diferite la rezultatul patologic final: deficiențele libidoului sunt însoțite de deficiențele ale Eului, sau sunt urmate de acestea; influențele traumatice acute se combină cu influențele situațiilor nefavorabile cronice; caracteristicile nevrotice și delicvențele sunt întretesute; în același fel se întâmplă cu elementele atipice și cele de limită în raport cu conflictele nevrotice; cu excepția cazurilor cele mai severe, vom găsi întotdeauna zone normale, ca și zone anormale, în personalitatea unui copil. Această psihopatologie amestecată a copilăriei este cea care justifică necesitatea metodei comprehensive reprezentată de psihanaliza copilului. Doar în cadrul psihanalizei propriu-zise a copilului este pusă la dispoziția pacientului întreaga gamă a posibilităților terapeutice, și doar în cadrul acesteia se dă o șansă tuturor părților personalității copilului, pe de o parte, să iasă la lumină, iar pe de alta, să fie tratate.

O a doua obiecție vitală ce apare în mintea cercetătoare a analistului este aceea că descoperirea adevărului diagnostic este limitată în cazul în care nu se folosește metoda analitică. Avem nevoie de o certitudine absolută a clasificării unui caz dat, înainte de a lua din mâinile pacientului în mâinile noastre alegerea elementului terapeutic, adică înainte de a limita șansele de tratament la un singur factor. Dar, după cum se prezintă aptitudinile noastre în evaluare la momentul prezent, o asemenea acuratețe a judecății diagnostice îmi apare ca fiind un ideal care nu va putea fi realizat în contextul cunoașterii noastre prezente, ci doar în viitorul îndepărtat.

## Index

### A

acțiune 32, 44, 48, 51, 61, 64, 65,  
72, 81, 82, 88, 95, 105, 126, 147,  
162, 189, 195, 196, 197  
acțiuni simptomatice 57  
acces de angoasă 104  
activitate 15  
adaptare socială 94, 146, 155  
adolescență 72, 83, 102, 114, 126,  
160, 163, 167, 180  
adolescent 48, 68, 69, 70, 126, 158,  
163  
adopție 64, 72  
afecte 26, 42, 60, 64, 88, 89, 90,  
96, 112, 116, 120, 142, 155, 185,  
194  
agresivitate 36, 43, 45, 53, 71, 76,  
81, 92, 95, 135, 150, 153, 156,  
157, 159, 167, 169  
Aichhorn 149, 155, 190  
alimentație 69, 138, 140  
Alpert 71, 196  
ambiiție 83  
ambivalență 53, 76, 105  
analitate 28, 68, 169  
analiza copilului 17, 40, 41, 42, 43,  
44, 45, 50, 54, 56, 58, 60, 95,  
103, 181, 182, 183, 184, 185,  
193, 195, 197  
angoasă 28, 40, 60, 98, 99, 100,  
104, 105, 110, 111, 117, 118, 119,  
120, 121, 122, 129, 133, 135, 141,  
156, 162, 185, 191  
angoasa de castrare 79, 122, 169,  
195

angoasa de separare 98, 104, 122,  
195  
Anna Freud 13, 14, 15, 16, 17, 18,  
19, 20, 21, 22, 23, 30, 98  
Anny Katan 46, 64, 142  
apărare 13, 19, 34, 36, 48, 49, 82,  
83, 85, 99, 104, 106, 117, 118,  
124, 127, 128, 130, 133, 134,  
135, 141, 154, 172, 174, 175, 176,  
179, 186, 189  
asociere liberă 44  
astm 186  
autism 111  
**B**  
băiat 33, 37, 93, 96, 161, 162, 163,  
165, 166, 167, 168, 171, 174, 175,  
176, 186  
bebeluș 14, 20, 27, 34, 63, 67, 68,  
69, 70, 71, 80, 85, 86, 106, 108,  
121, 123, 130, 137, 138, 139, 148,  
151, 152, 161, 168, 177, 178, 196  
Bibring 42, 164, 169, 183  
bisexualitate 164, 167  
Bohm 164  
Bonnard 155  
Bornstein 49, 187  
Bowlby 58, 71, 155  
Breuer 25  
Bryan 164  
Buhler 82  
Burlingham 14, 15, 22, 33, 57

**C**

canibalism 74  
 caracter 35, 118, 128, 133, 134, 136, 151, 159  
 categorii de diagnosticare la copil 144, 169  
 catharsis 42  
 cecitate 61, 124  
 ceremonialuri 118, 133, 134, 135, 142, 191  
 clinici pentru copii 134  
 complex oedipian 122  
 compulsii 133, 134, 135, 191  
 conflict 57  
 conștiință 28, 29, 35, 46, 47, 92, 98, 117, 152, 188, 191  
 constanța obiectului 51, 52, 71, 84, 88, 93, 126  
 constituție 20, 60, 61, 167, 171  
 corp 37, 69, 78, 80, 81, 83, 90, 96, 104, 108, 165, 175, 177  
 criză de nervi 104  
 curățenie 35, 69, 76, 77, 79, 88, 94, 118  
 curiozitate 34, 37, 70, 76, 187

**D**

Daly 164  
 delicvență 15, 23, 39, 130, 134, 135, 144, 157  
 Dependență 172  
 dependență 54, 56, 58, 59, 69, 73, 85, 88, 92, 123, 126, 129, 138, 149, 173  
 deplasare 121, 142, 150, 154, 188  
 depresia 65  
 dezintegrare 135  
 dezvoltare 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 33, 35, 37,

39, 42, 43, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 54, 56, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 119, 121, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 138, 140, 142, 144, 146, 147, 149, 150, 151, 154, 156, 164, 165, 167, 169, 170, 174, 175, 177, 178, 181, 184, 185, 191, 195, 196  
 diagnostic 14, 15, 18, 19, 22, 35, 63, 67, 75, 87, 95, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 113, 115, 116, 119, 120, 125, 128, 130, 132, 135, 144, 162, 170, 181, 185, 186, 194, 197  
 dietă 36, 79  
 disocialitate 144, 146, 155  
 distructivitate 71, 142, 153, 157  
 doliu 105  
 dorință 43, 51, 89, 166, 175  
 dorințe de moarte 32, 105  
 dorul de casă 72, 128

**E**

educația toaletei 137  
 educație 13, 26, 27, 28, 72, 74, 142, 166, 196  
 Eissler 144, 193, 195  
 empatie 69, 76, 109, 157  
 Ernst Kris 62, 90, 97  
 eu 13, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 56, 58, 60, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 85, 89, 91, 94, 95, 96, 97,

98, 99, 100, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 133, 135, 136, 138, 139, 142, 143, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 170, 172, 177, 179, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197  
 evaluare 15, 17, 57, 66, 67, 68, 100, 103, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 124, 125, 130, 132, 146, 197  
 excitație 93, 171, 174, 176, 179  
 exhibiționism 34, 36, 37, 81, 92, 128, 133, 172  
 externalizare 53, 54, 188

**F**

factori economici 66, 125  
 familie 14, 22, 33, 65, 71, 80, 85, 96, 110, 123, 124, 145, 157, 158, 161, 186, 196  
 fantasmă 96, 99, 106, 107, 171  
 față 174, 175, 186  
 fază anală 28  
 fazele libidinale 68  
 feminitate 129, 173, 175, 176  
 Fenichel 164, 183  
 Ferenczi 164, 192  
 fetișism 169, 176, 177, 179  
 fixație 35, 37, 92, 98, 103, 117, 124, 127, 128, 130, 133, 134, 166, 175, 180, 185  
 formațiuni de compromis 26, 109, 133, 143  
 formare de simptom 117  
 frică 123  
 furatul 106, 107, 109, 128

furie 89, 140

**G**

Geleerd 144  
 gelozie 70, 108, 175, 186  
 generozitate 14  
 Gill 183  
 Gillespie 164  
 grădiniță 15, 16, 64, 67, 71, 80, 82, 86, 87, 88, 89, 90, 97, 123  
 Greenson 183

**H**

Hartmann 22, 90, 117  
 heterosexualitate 168, 169  
 hipnoză 51  
 hobby 69, 83, 84  
 Hoffer 70, 78  
 homosexuali ratați 169  
 homosexualitate 159, 160, 162, 164, 165, 167, 168, 169  
 hrănire 28, 64, 67, 73, 74, 76, 95, 98, 100, 110, 121, 140  
 hrănirea la sân 67, 140

**I**

idealuri 26, 70, 85, 152  
 identificare 37, 39, 56, 65, 76, 82, 112, 117, 119, 124, 151, 152, 155, 157, 158, 159, 163, 168, 174, 175, 189, 190, 196  
 identitate sexuală 166  
 imitație 124, 152, 157, 174  
 inconștient 19, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 50, 59, 73, 75, 96, 105, 128, 149, 178, 188, 191, 192, 194  
 inhibiție 118  
 insight 45  
 internalizare 39, 112, 148, 152, 157, 159

internat 13, 64, 72  
 introiecție 112, 157  
 invidia de penis 168, 186  
 Isakower 122  
 isterie 133, 135  
 isterie de angoasă 135  
 iubire 57, 59, 62, 67, 71, 76, 79, 85,  
 98, 105, 108, 111, 120, 160, 161,  
 162, 163, 164, 166, 167, 168,  
 175, 178, 179, 192

**J**

Jacobson 117  
 James 58, 71  
 joc 29, 36, 44, 52, 54, 60, 64, 69,  
 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88,  
 89, 95, 96, 97, 98, 115, 133, 139,  
 160, 163, 173, 187  
 Jones 164

**K**

Klein 164

**L**

lăcomie 34, 35, 75, 107  
 lașitate 124  
 latentă 33, 48, 68, 70, 72, 74, 83,  
 84, 102, 105, 126, 139, 143, 144,  
 162, 163, 168, 186, 187, 188  
 lege 147, 149, 158  
 Lewin 164  
 libidinizare 168  
 libido 43, 45, 53, 56, 61, 69, 70, 71,  
 72, 76, 80, 81, 85, 92, 126, 127,  
 139, 143, 153, 156, 157, 161, 164,  
 166, 170, 173, 175, 177, 178,  
 180, 196, 197  
 libidoul obiectal 126  
 linii de dezvoltare 67, 69, 72, 79,  
 84, 87, 88, 115  
 Little 59

Loewenstein 164

**M**

Mahler 70, 71, 196  
 mama 37, 51, 57, 63, 69, 70, 72, 74,  
 75, 76, 77, 80, 86, 87, 100, 105,  
 119, 122, 137, 140, 147, 148, 161,  
 164, 165, 166, 171, 175, 178  
 mănjit 75, 95  
 Martin James 58  
 masculinitate 36, 118, 129, 166,  
 167, 169, 173  
 maturitate 25, 43, 65, 67, 83, 84,  
 90, 92, 93, 101, 102, 114, 115,  
 117, 129, 158, 170  
 mediu 18, 19, 20, 26, 29, 30, 36, 40,  
 44, 48, 50, 55, 56, 59, 60, 61, 63,  
 69, 70, 73, 75, 76, 85, 86, 87,  
 90, 91, 101, 102, 104, 105, 119,  
 120, 121, 124, 125, 138, 141, 145,  
 146, 148, 149, 151, 153, 156, 158,  
 159, 171, 175, 181, 188, 189, 190

memorie 15, 99

Michaels 115

mințitul 106, 109, 128

motilitate 86, 123, 127

motiv 18, 31, 35, 46, 58, 63, 71, 79,  
 86, 95, 97, 103, 105, 107, 109, 110,  
 111, 113, 114, 116, 119, 123, 125,  
 132, 141, 143, 150, 155, 157, 158,  
 164, 169, 171, 176, 185, 186, 188

Murphy 124

**N**

narcisism 36, 51, 70, 92, 126, 136,  
 167, 168, 178  
 negare 43, 99, 118, 121, 175, 189  
 nevroză 18, 21, 28, 49, 61, 134, 135,  
 181  
 nevroză infantilă 18, 134, 181  
 nevroză obsesională 21, 135

normalitate 34, 42, 62, 63, 84, 99,  
 100, 106, 112, 130, 169, 171

**O**

obiect 17  
 obiect parțial 93, 177  
 obiectul iubirii 156  
 oralitate 28  
 ordine 36, 46, 51, 72, 76, 77, 80,  
 96, 120, 128, 142, 156

**P**

părinți 20, 26, 27, 28, 57, 33, 34,  
 37, 43, 48, 50, 54, 56, 57, 58,  
 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66,  
 67, 70, 71, 72, 79, 85, 86, 87,  
 105, 108, 110, 111, 116, 128, 137,  
 141, 146, 151, 152, 155, 156, 157,  
 159, 162, 171, 173, 174, 181, 184,  
 188, 189, 191, 196

Pasche 164

pedeapsă 36, 54, 105, 107, 119, 167  
 penis 19, 37, 161, 163, 164, 165,  
 166, 168, 173, 174, 176, 177, 179,  
 186

percepție 187

personalitate 21, 35, 43, 50, 57, 63,  
 84, 101, 104, 115, 117, 125, 128,  
 129, 130, 131, 134, 137, 151, 157,  
 166, 173, 196, 197

perversiune 171, 179

piele 171

preadolescență 68, 126, 143, 144,  
 163

pregenitalitate 52, 144

principiul plăcerii 39, 83, 90, 108,  
 113, 147, 148, 149, 150, 151

proces primar 39

proces secundar 96

profil diagnostic 125

prognostic 19, 62, 103, 122, 123,  
 129, 146, 159, 160, 162, 163,  
 164, 165, 166, 167, 176, 180

proiecție 142, 154

psihanaliza 26, 29, 31, 32, 42, 182,  
 183, 197

psihologia psihanalitică a copilului  
 30

psihologie 13

psihopatologie 103

pubertate 169, 180, 187

pulsioni 20, 21, 26, 28, 35, 68, 79,  
 84, 90, 92, 93, 94, 99, 111, 113,  
 114, 117, 119, 120, 127, 129, 136,  
 137, 138, 143, 146, 148, 149, 150,  
 152, 153, 154, 155, 156, 169, 171,  
 172, 173, 185, 186, 188, 189, 191

pulsioni parțiale 171, 172

puncte de fixație 92, 124, 127, 128,  
 166

**R**

realitate 23, 38, 42, 44, 59, 63, 71,  
 72, 83, 84, 99, 125, 136, 148,  
 150, 156, 171, 188, 189

reasigurare 20, 172, 192, 193

reconstrucție 25

refulare 34, 46, 68, 92, 99, 153, 154  
 regresia 19, 52, 90, 91, 92, 93, 94,  
 97, 98, 100, 114, 117, 118, 123,  
 130, 133, 134, 139, 169, 176

relații obiectale 114

rezistență 52, 187

ritualuri 57, 118, 133, 135, 186, 191

**S**

Sadger 164

sadism 71, 74, 135, 142, 143, 157, 179

Sandler 13, 14, 22

sănătate psihică 102, 122

- seducție 156, 181  
 Self 56  
 separație 70, 71, 105, 176  
 sex 32, 42, 62, 70, 71, 160, 161, 162, 167, 173, 175  
 simptome 18, 19, 27, 43, 57, 62, 106, 109, 110, 115, 118, 121, 125, 128, 130, 133, 134, 135, 136, 143, 149, 186, 193  
 sinceritate 106, 187  
 Sine 18, 19, 26, 28, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 46, 47, 53, 56, 66, 67, 68, 69, 75, 85, 89, 90, 91, 102, 103, 107, 109, 113, 116, 117, 119, 120, 125, 128, 129, 136, 138, 139, 149, 151, 155, 177, 179, 183, 184, 185, 190, 192, 194, 195  
 socializare 55, 80, 149, 150, 151, 153, 154, 155  
 somn 28, 34, 36, 57, 73, 81, 95, 97, 98, 100, 110, 136, 137, 139, 140, 186  
 Sperling 176, 178  
 Spitz 58, 71  
 Sterba 187  
 Strachey 183  
 structurare 20, 69, 85, 112, 113, 119, 120, 131, 136  
 sublimare 121, 129, 153, 154  
 suferință 88, 105, 111, 112, 113, 184, 186, 191  
 sugestie 192  
 Supraeu 19, 21, 27, 28, 29, 38, 39, 43, 46, 47, 53, 63, 69, 75, 76, 77, 91, 94, 99, 100, 102, 108, 109, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 126, 129, 130, 133, 135, 136, 146, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 172, 183, 184, 185, 186, 188, 192, 196
- T**  
 tată 15, 17, 32, 34, 70, 93, 161, 164, 165, 166, 167, 173, 179  
 terapie 30  
 testarea realității 46, 107, 127, 142, 151  
 toleranța la frustrare 94, 97, 121, 129  
 transfer 33, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 70, 71, 72, 80, 161, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194  
 traumă 26, 41, 61, 71, 75, 87, 92, 95, 98, 100, 116, 123, 124, 135, 164, 165, 191, 194, 195, 197  
 travaliul visului 32 39  
 Truby King 147
- V**  
 vagabondaj 104  
 verbalizare 45, 46, 47, 184, 192, 194, 196  
 vină 118, 119, 129, 188  
 vindecare spontană 110  
 vinovăție 28, 36, 119, 152, 166, 175, 188  
 vis 32  
 vorbire 85, 86, 94, 104, 127, 150
- W**  
 Waelder 183  
 Winnicott 58, 69, 71, 80, 137, 178

## Bibliografie

- AICHORN A. (1923-1948), *Delinquency and Child Guidance: Selected Papers*. New York: International Universities Press, 1965.  
 (1925), *Wayward Youth*. New York: Viking Press, 1935.
- ALPERT, A. (1959), Reversibility of Pathological Fixations Associated with Maternal Deprivation in Infancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14:169-185.\*
- \* *The Psychoanalytic Study of the Child*, 19 volume, editat de Ruth E. Eissler, Anna Freud, Heinz Hartmann, Marianne Kris. New York: International Universities Press; London: Hogarth Press, 1954-1964.
- ANGEL, A., vezi Katan A.
- BIBRING, EDWARD (1936), The Development and Problems of the Theory of the Instincts. *Int. J. Psycho-Anal.*, 22:102-131, 1941.  
 (1937), On the Theory of the Therapeutic Results of Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 18: 170-189.  
 (1954), Psychoanalysis and the Dynamic Psychoterapies. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 745-770.
- BIBRING, GRETE L. (1940), Über eine orale Komponente der männlichen Inversion. *Int. Z. Psychoanal.*, 25:124-130.
- BÖHM, F. (1920), Beiträge zur Psychologie der Homosexualität. *Int. Z. Psychoanal.*, 6:297-319.  
 (1930), The Femininity Complex in Men. *Int. J. Psycho-Anal.*, 11:444-469.  
 (1933), Über zwei Typen von männlichen Homosexuellen. *Int. Z. Psychoanal.*, 19:499-506.
- BONNARD, A. (1950), Environmental Backgrounds Conducive to the Production of Abnormal Behaviour and Character Structure, Including Delinquency. In: *Congres International de Psychiatrie*. Paris: Hermann.
- BORNSTEIN, B. (1949), *The Analysis of a Phobic Child. The Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4:181-226.  
 (1951), On Latency. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:279-285.
- BOWLBY, J., (1944), *Forty-four Juvenile Thieves*. London: Bailliere, Tindall & Cox, 1946.  
 (1960), Separation Anxiety. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:89-113.
- ROBERTSON, JAMES & ROSENBLUTH, D. (1952), A Two-Year-Old Goes to Hospital, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7:82-94.



- BREUER, J. & FREUD, S. (1893), On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena: Preliminary Communication. *Standard Edition*, 2:17.
- BRODEY, W. M. (1964), On the Dynamics of the Narcissism: I. Externalization and Early Ego Development. *The Psychoanalytic Study of the Child* (in press).
- BRYAN, D. (1930), Bisexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 11:150-166.
- BÜHLER, C. (1935), From Birth to Maturity. London: Routledge & Kegan Paul.
- BURLINGHAM, D. (1952), *Twins: A study of Three Pairs of Identical Twins*. New York: International Universities Press.
- GOLDBERGER, A. & LUSSIER, A. (1955), Simultaneous Analysis of Mother and Child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10:165-186.
- DALY, C. D. (1928) Der Menstruationskomplex. *Imago*, 14:11-75.
- (1943), The Role of Menstruation in Human Phylogenesis and Ontogenesis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 24:151-170.
- EISSLER, K. R. (1950), Ego-psychological Implications of the Psychoanalytic Treatment of Delinquents. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 97-121.
- (1953), The Effect of the Structure of the Ego and Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1:104-143.
- (1958), Notes on Problems of Technique in the Psychoanalytic Treatment of Adolescents: With Some Remarks on Perversions. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13: 223-254.
- FENICHEL, O. (1936), The Symbolic Equation: Girl=Phallus. *The Collected Papers of Otto Fenichel*, 2:3-18. New York: W. W. Norton, 1954.
- FERNICZI, S. (1909), Introjection and Transference. In: *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1950, pp. 296-318. New York: Basic Books, 1950, pp. 154-186.
- (1914), The Nosology of Male Homosexuality (Homoerotism). *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1950, pp. 296-318.
- (1911), On the Part Played by Homosexuality in the Pathogenesis of Paranoia. In: *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1950, pp. 296-318.
- FLUGEL J. C. (1930), The Psychology of Clothes. London: Hogarth Press.
- FREUD, ANNA (1926-1945), The Psycho-Analytical Treatment of Children. London: Imago Publishing Co, 1946; New York: International Universities Press, 1955.
- (1945), Indications for Child Analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1:127-150.
- (1946), The Psychoanalytic Study of Infantile Feeding Disturbances. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2:119-132.
- (1949), Aggression in Relation to Emotional Development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4:37-42.
- (1951), Observations on Child Development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:18-30.
- (1952), The Role of Bodily Illness in the Mental of Children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7:69-81.
- (1962), Assessment of Childhood Disturbances. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17:149-158.
- & BURLINGHAM, D. (1943), War and Children. New York: International Universities Press.
- (1944), Infants Without Families. New York: International Universities Press.
- & DANN, S. (1951), An Experiment in Group Upbringing. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:127-168.
- Vezi și Robertson, Joyce; Levy, Kata.
- FREUD, SIGMUND (1893), On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena: A Lecture. *Standard Edition*, 4&5.
- (1905), Three Essays on the Theory of Sexuality. *Standard Edition*, 7:125-145.
- (1907), The Sexual Enlightenment of Children. *Standard Edition*, 9:129-139.
- (1909), Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy. *Standard Edition*, 10: 5-149.
- (1913), The Disposition to Obsessional Neurosis: A Contribution to the Problem of Choice of Neurosis. *Standard Edition*, 12:313-326.
- (1914), On Narcissism: An Introduction. *Standard Edition*, 14:67-102.
- (1916-1917 [1915-1917]), Introductory Lectures on Psycho-Analysis. *Standard Edition*, 15&16.
- (1918 [1914]), From the History of an Infantile Neurosis. *Standard Edition*, 17:7-122.
- The Standard Edition of the Complete Psychological Work of Sigmund Freud*, 24 volume, tradusă și editată de James Strachey. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1953.
- (1919), Preface to Reik's Ritual: Psycho-Analytic Studies. *Standard Edition*, 17:259-263.
- (1922), Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality. *Standard Edition*, 18:221-232.
- (1924), A Short Account of Psycho-Analysis. *Standard Edition*, 19:189-209.
- (1926[1925]), Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *Standard Edition*, 20:77-174.
- (1927), The Future of an Illusion. *Standard Edition*, 21: 5-56.
- (1930[1929]), Civilisation and its Discontents. *Standard Edition*, 21:64-145.
- (1931), The Expert Opinion in Halsmann Case. *Standard Edition*, 21:251-253.

- (1932), New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. *Standard Edition*, 22:3-182.
- (1937), Analysis Terminable and Interminable. Collected Papers, 5:316-357. London: Hogarth Press, 1950.
- vezi și Breuer, J,
- GELERD, E. R. (1958), Borderline States in Childhood and Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13:279-295.
- GILLESPIE, W. H. (1964), Symposium on Homosexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41: 571-584.
- GREENACRE, P. (1960), Considerations Regarding the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:571-584. International Universities Press.
- GYOMROI, E. L. (1963), the Analysis of a Young Concentration Camp Victim. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18:484-510.
- HARTMAN, H. (1947), On Rational and Irrational Action. *Psychoanalysis and the Social Science*, 1:359-392. New York:
- (1950a), Psychoanalysis and Developmental Psychology. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:7-17.
- (1950b), Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:74-96.
- HELLMAN, I., FRIEDMANN, O. & SHEPHEARD, E. (1960), Simultaneous Analysis of Mother and Child, 15:359-377.
- HOFFER, W. (1950), Development of the Body Ego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:18-23.
- (1952), The Mutual Influences in the Development of Ego and Id: Earliest Stages. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7:31-41.
- ISAKOWER, O. Personal Communication.
- JACOBSON, E. (1946), The Effect of Disappointment on Ego and Superego Formation in Normal and Depressive Development. *Psychoanal. Rev.*, 33:129-147.
- JAMES, MARTIN (1960), Premature Ego Development: Some Observation upon Disturbances in the First Three Years of Life. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:288-294.
- JAMES, T. E. (1962), *Child Law*. London: Sweet & Maxwell.
- JONES, E. (1932), The Phallic Phase. Papers on Psychoanalysis. Baltimore: Williams & Wilkins, 1949, pp. 452-484.
- KATTAN, ANNY (1937), The Role of "Displacement" in Agoraphobia. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32:41-50, 1951.
- (1961), Some Thoughts about the Role of Verbalization in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16:184-188.
- KLEIN, M. (1957), *Envy and Gratitude*. London: Tavistock Publications.
- KRIS, E. (1950), Notes on the Development and on some Current Problems of Psychoanalytic Child Psychology. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:24-46.
- (1951), Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:9-17.
- LAFORGUE, R. (1936), La Névrose Familiale. *Rev. Franç. Psychanal.*, 9:327-359.
- LAGACHE, D. (1950), Homosexuality and Jealousy. *Int. J. Psycho-Anal.* 31:24-31.
- LAMPLE-DE GROOT, J. (1950), On masturbation and Its Influence on General Development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:153-174.
- LEVY, K. (1960), Simultaneous Analysis of Mother and Her Adolescent Daughter: The Mother's Contribution to the Loosening of the Infantile Object Tie. With an Introduction by Anna Freud. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15:378-391.
- LEWIN, B. D. (1933), The Body as Phallus. *Psychoanal. Quart.*, 2:24-47.
- LITTLE, M. (1958), On Delusional Transference (Transference Psychosis). *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:134-138.
- LOEWENSTEIN, R. M. (1935), Phallic Passivity in Men. *Int. J. Psycho-Anal.*, 16:334-340.
- MAHLER, M. S. (1952), On Child Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7:286-305.
- & GOSLINER, B. J. (1955) On Symbiotic Child Psychosis: Genetic, Dynamic, and Restitutive Aspects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10: 195-212.
- MICHAELS, J. J. (1955), *Disorders of Character: Persistent Enuresis, Juvenile Delinquency and Psychopathic Personality*. Springfield, Ill: Charles, C. Thomas.
- (1958), Character Disorder and Acting upon Impulse. In: *Readings in Psychoanalytic Psychologie*, ed. M. Levitt, New York: Appleton.
- MURPHY, L. B. (1964), Some Aspects of The First Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45:31-43.
- NUNBERG, H. (1947), *Problems of bisexuality as reflected in circumcision*. London: Imago Publishing Co., 1949.
- PANEL (1954a), The Traditional Psychoanalytic Technique and its Variations. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2:711-797.
- PASCHE, F. (1964) Symposium on Homosexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45:210-213.
- PECK, N. (1962), Chronological Age and the Rehabilitative Process. Thesis, Criminal Law Division, Yale Law School, New Haven.
- RANGELL, L. (1954), Panel Report: Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy-Similarities and Differences. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 152-166.
- ROBERTSON, JAMES (1958), *Young Children in Hospital*, London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, 1959.
- ROBERTSON, JOYCE (1956), A mother's Observations on the Tonsillectomy of Her Four-Year Old Daughter. With Comments by Anna Freud. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11: 410-433.
- (1962), Mothering as an Influence on Early Development. A Study

- of Well-Baby Clinic Records. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17:245-264.
- SADGER, J. (1920), Psychopathia sexualis und innere Sexretion. Fortschr. Med., 1. (1921), Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen. Leipzig & Vienna: Deuticke.
- SARNOFF, C. (1963), Discussion of "The Analysis of a Transvestit Boy", by Mellita Sperling [Abstract of Meeting of the Psychoanalytic Association of New York]. *Psychoanal. Quart.*, 32: 374-392.
- SPITZ, R. A. (1945), Anaclitic Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2:313-342.
- SPRINCE, M. P. (1962), The Development of a Preoedipal Partnership between an Adolescent Girl and Her Mothe. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17:418-450.
- STERBA, R. (1934), The Theory of the Analytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 18: 125-189.
- (1954), The Widening Scope of Judications for Psycho-analysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2:567-620.
- (1958), Variations in Classical Psycho-Analytic Tehnique. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:200-242.
- WEISS, E. (1925), Über eine noch neicht beschriebne Phase der Entwicklung zur heterosexuellen Liebe. *Int. Z. Psycho-Anal.*, 11:429-443.
- WINNICOTT, D. W. (1949), *The Ordinary Devoted Mother and her baby*. London: Tavistock Publications.
- (1953), Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-Me Possesion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 34:89-97.
- (1955), Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up. *Int. J. Psycho-Anal.*, 36:16-26.
- (1960), The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:585-595.
- WULFF, M. (1941), A Case of Male Homosexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 23: 112-120, 1942.
- (1946), Fetishism and Object Choice in Early Childhood. *Psychoanal. Quart.*, 15:450-471.
- ZETZEL, E. R. (1953), Panel Report: The Traditional Psychoanalytic Tehique and Variations. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1:526-537.

## Fundația Generația

Fundația Generația s-a născut din nevoia urgentă de a ajuta copiii, adolescenții și familiile lor prin intervenții diferite de cele farmacoterapeutice sau instituționale. Proiectul creării ei s-a născut încă din 1995 când, împreună cu un grup de specialiști reputați în domeniul psihoterapiei, grup animat și susținut de psihanalista de origine română Ilany Kogan, a început traviul de structurare și circumscriere a scopurilor și modalităților de atingere a acestor scopuri, fundația concretizându-se ca instituție în noiembrie 1998. (11)

Sprijinul și asistența copilului înseamnă mai mult decât ajutor material. Fundația Generația se dedică nevoilor psihologice nu întotdeauna ușor de observat și de recunoscut. Sprijinul psihologic este necesar pentru a preveni și proteja copilul de suferința psihică și pentru a-i favoriza dezvoltarea. Dacă nu dăm suficientă atenție nevoilor sufletești ale copilului pot apărea, în timp, urmări dramatice. Un copil riscă să fie tratat cu medicamente fără să fie necesar, poate fi etichetat ca bolnav psihic, un copil riscă, de asemenea, să aibă dificultăți emoționale și să-și rateze șansa de a se realiza. Suferința psihică poate să se manifeste sub formă de tristețe, insomnii, spaimă, neliniște, coșmaruri, dezinteres, plictiseală, izolare, agitație, agresivitate, tulburări ale comportamentelor alimentare, sfincterian, sexual, social, școlar, de comunicare. Aceste tulburări pot să apară de la naștere, pe parcursul evoluției copilului sau în urma unor traume legate de separare, accidente, boli, tensiuni și conflicte în familie, nașterea unui alt copil, decesul unui membru al familiei, abuz sexual, maltratare, intrarea în pubertate și adolescență etc.

Fundația ajută copii, adolescenți, mame, tați, bunici, educatori, profesori, cadre medicale, precum și pe toți cei care se ocupă de copii.

Formele de intervenție și de ajutor sunt:

*Examen de evaluare a dezvoltării.*

*Consultații în situații de criză.*

*Consiliere a părinților.*

*Grupuri de lucru cu educatori, profesori și cadre medicale.  
Psihoterapie individuală și/sau de familie.*

Aceste intervenții respectă confidențialitatea și normele deontologiei profesionale. Echipa noastră cuprinde psihologi, psihiatri, pedagogi, cu specializare în psihoterapia psihanalitică a copilului și a adolescentului.

Fundația Generația colaborează profesional cu universități și asociații profesionale din România, Germania, Franța, Elveția, Anglia, SUA și Israel, în scopul formării de noi specialiști și al supervizării activității specialiștilor existenți. Pentru asistența psihoterapeutică a copiilor și adolescenților, colaborăm cu toate instituțiile și organizațiile care activează în acest domeniu.

De la începutul anului 2000 funcționează Centrul de psihoterapie a copilului și a adolescentului – Fundația Generația.

telefon/fax: 410 1033, 330 6649  
email: Generatia@fx.ro

## **Titlurile colecției**

### ***Psihanaliza copilului și adolescentului***

#### **EUL ȘI MECANISMELE DE APĂRARE**

Anna Freud

Lucrarea Annei Freud este recunoscută ca o contribuție majoră în cercetarea psihanalitică, ea bucurându-se de statutul unei lucrări clasice. În acest volum, ilustrat cu cazuri clinice fascinante de copii și adolescenți, autoarea pune în discuție acele măsuri adaptative prin care viața pulsională ajunge să fie controlată, precum și modul în care sunt evitate afectele dureroase sau neplăcute. Într-un stil extrem de clar, autoarea prezintă teoria mecanismelor de apărare pentru ca apoi să insiste asupra operațiile defensive pe care Eul le pune în mișcare pentru a evita neplăcerea și anxietatea și prin care își exercită controlul asupra comportamentului impulsiv, a afectelor și urgențelor pulsionale (negarea prin fantasmă, negarea prin cuvânt și act, restrângerea Eului, identificarea cu agresorul). Autoarea pune un accent deosebit și pe procesele defensive prezente la pubertate: asetismul, intelectualizarea, iubirea și identificarea.

#### **SCENARIILE NARCISICE ALE PARENTALITĂȚII**

Experiența clinică a consultației terapeutice

Juan Manzano  
Francisco Palacio Espasa  
Nathalie Zilkha

Practica îndelungată a autorilor privind intervențiile psihoterapeutice scurte părinți-copii/adolescenți (consultații terapeutice) le-a permis să desprindă un concept central, numit de ei „scenarii narcisice ale parentalității”. În primele capitole ale acestei lucrări sunt prezentate diferitele aspecte ale acestui concept.

După o situare a elementelor fundamentale ale tehnicii autorilor în cadrul mai vast al psihoterapiilor de inspirație psihanalitică, este abordată o parte clinică în care sunt expuse rezultatele analizei unor cazuri întâlnite de autori în practica lor. Sunt descrise scenarii tipice ale parentalității, care permit o clasificare a configurațiilor clinice celor mai frecvente și este propusă o semiologie descriptivă și dinamică a psihopatologiei relației părinte-copil. Fiecare din aceste configurații este ilustrată cu exemple clinice.

Un ultim capitol reunește concluzii clinice și teoretice.

## CONSULTAȚIA TERAPEUTICĂ A COPILULUI

D. W. Winnicott

D. W. Winnicott aduce în teoria și clinica psihanalitică lucrări clasice, de referință în plan internațional: *De la pediatrie la psihanaliză*, *Joc și realitate*, *Bebeluşul și mama lui*, *Deprivare și delincvență*, *Natura umană*, pentru a enumera doar câteva dintre ele.

În *Consultația terapeutică a copilului*, Winnicott dezvoltă cu finețe esențialitatea explorării primelor interviuri clinice, care pot oferi cheia cunoașterii vieții psihice a copilului. El aprofundează tehnica *squiggle* ca pe „o cale simplă de a intra în relație cu copilul”; este vorba de un desen realizat în comun, în care psihianalistul și copilul participă la reconstrucția istoriei timpurii a copilului și a mediului său familial.

Prin desenul său, care îl completează pe cel al psihianalistului (și invers), copilul își exprimă sentimentele și gândurile cele mai profunde, el participă viu la relația cu terapeutul în căutarea Self-ului autentic, al trăirilor timpurii, al relațiilor precoce cu mama, cu tatăl, respectând simptomul, temerile, suferința sa.

Winnicott regăsește în cadrul terapeutic un „moment sacru” în care relevarea de sine luminează un interior până atunci obscur și conflictual.

Cartea cuprinde 21 de capitole care reprezintă tot atâtea descrieri ale unor consultații terapeutice pe care Winnicott, unul dintre cei mai mari psihoterapeuți de copii, le-a avut de-a lungul practicii sale psihanalitice.

## NORMAL ȘI PATOLOGIC LA COPIL

Evaluări ale dezvoltării

Anna Freud

În 1951, Anna Freud, singura dintre copiii lui Sigmund Freud devenită psihianalist, fondează la Londra „Hampstead Clinic”, o clinică de psihoterapie infantilă. *Normal și patologic la copil*, apărută la Londra în 1965, reprezintă o sinteză a experienței clinice, terapeutice și teoretice a psihianalizei copilului. A. Freud reexaminează granița dintre normal și patologic în dinamica dezvoltării umane, conflictele intrapsihice necesare și inerente dezvoltării, simptomele tranzitorii ale devenirii psihice, ca și cele care se constituie la copil sau la adultul de mai târziu într-o structură patologică. Ea propune în continuare criterii, diagnostice și perspective psihoterapeutice. *Normal și patologic la copil* este o carte pentru psihologi, psihoterapeuți, psihiatri, educatori și părinți.

## UN CAZ DE PSIHOZĂ INFANTILĂ

Studiu psihianalitic

Serge Lebovici  
Joyce McDougall

Această carte este consacrată prezentării unor documente referitoare la tratamentul psihianalitic al unui copil psihotic, tratament condus de Joyce McDougall cu asistența tehnică a lui Serge Lebovici.

Producțiile unui copil psihotic sunt interesante prin frumusețea lor, uneori tragică. Lumea fantasmatică în care trăiesc acești copii este tragică pentru că ea le traduce angoasa: ea pune constant sub semnul întrebării sentimentul pe care îl au în legătură cu unitatea lor și cu cea a celor cu care trăiesc. Fantasmele bolnavului sunt o ilustrare remarcabilă a angoasei de fragmentare, a agresivității legate de devorare, a luptei defensive prin intermediul căutării unei fuziuni imposibile: psihoza apare ca singurul mod de relaționare care evită ruptura predelirantă ce

duce la neant. Evoluția relației terapeutice poate conduce la neo-structurări mai evolute.

Acest fragment de tratament permite discutarea nu doar a fecundității abordării psihanalitice, ci și a utilității acestei forme de psihoterapie în astfel de cazuri. Cartea răspunde dorințelor celor care ar dori să știe ce se întâmplă în cursul unui tratament psihanalitic.

Faptul că mama pacientului a urmat un tratament psihanalitic cu analista acestuia din urmă face posibilă o comparație între structurile psihopatologice ale fiului și ale mamei. Autorii încearcă să demonstreze că structura mamei a avut un rol activ în instituirea relațiilor obiectale atât de perturbate cum sunt cele înscrise în carte.

### COPIII — RĂZBOI ȘI PERSECUȚIE

În această carte, prin intermediul studiilor de caz, autorii ne ajută să intrăm în complexa lume a sentimentelor copiilor și tinerilor adulți care au experimentat moartea, alungarea din țările lor, persecuția, exilul. În ciuda acestor traume, mulți copii au demonstrat un surprinzător potențial de dezvoltare și o mare capacitate de a face față situației. Autorii discută despre posibilitățile care sunt oferite acestor copii de către un travaliu terapeutic astfel încât ei să poată asimila experiența traumatică și să o integreze în viața lor viitoare.

Acest volum reprezintă o abordare nouă a acestei problematici.



*Editura Fundației Generația*

*Președinte: Veronica Șandor*

*Coordonator departament editorial: Corneliu Irimia*

*Redactor: Daniela Luca*

*Tehnoredactor: Florian Bulmez*